

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1900-1901. — N° 151

Considérations

SUR

L'ŒSOPHAGOTOMIE EXTERNE

ET LES

Corps Étrangers de l'Œsophage

CHEZ L'ENFANT

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 6 juillet 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

FRÉDÉRIC CHANNAC

Ex interne de l'hôpital général de Dijon

Né à Largentière (Ardèche), le 4 octobre 1876



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^{ie}

Ancienne Maison A. Waltener

14, rue Belle-Cordière, 14

—
1901



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 151

Considérations

SUR

L'ŒSOPHAGOTOMIE EXTERNE

ET LES

Corps Étrangers de l'Œsophage

CHEZ L'ENFANT

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 6 juillet 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

FRÉDÉRIC CHANNAC

Ex interne de l'hôpital général de Dijon

Né à Largentière (Ardèche), le 4 octobre 1876



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^{ie}

Ancienne Maison A. Waltener

14, rue Belle-Cordière, 14

1901



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE.....	ASSESEUR.
CROLAS.....	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.....	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD.
Clinique ophtalmologique.....	PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques...	X.
Clinique des Maladies mentales	FOCHIER.
Physique médicale	GAYET.
Chimie médicale et pharmaceutique.....	GAILLETON.
Chimie organique et Toxicologie.....	PIERRET.
Matière médicale et Botanique.	MONOYER.
Parasitologie	HUGOUNENQ.
Anatomie.....	CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.....	FLORENCE.
Physiologie.....	LORTET.
Pathologie interne.....	TESTUT.
Pathologie externe	RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales	MORAT.
Anatomie pathologique.....	TEISSIER.
Médecine opératoire.....	AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.....	MAYET.
Médecine légale	TRIPPIER.
Hygiène.....	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique	ARLOING.
Pharmacologie.....	LACASSAGNE.
	COURMONT.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes.....	M. LAROYENNE.
---------------------------------------	---------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL,	agrégé
Maladies des voies urinaires.....	CHANDELUX,	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,	—
Accouchements.....	POLLOSSON (A.),	—
Propédeutique médicale	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale.....	GANGOLPHE,	—
Botanique.....	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVLOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BERARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. POLLOSSON M., Président ; M. CONDAMIN, Assesseur ;
MM. DURAND et NOVÉ-JOSSERAND, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

INTRODUCTION

La question des corps étrangers de l'œsophage est une de celles qui présentent, pour le praticien, plus d'une difficulté à résoudre.

Quand il s'agit d'enfants, le diagnostic devient plus délicat, le traitement présente certains points particuliers, par suite de l'absence des anamnétiques, de la nature des corps étrangers, des lésions graves et rapides déterminées par ceux-ci dans l'œsophage, et de l'indocilité du petit malade. Pour cette raison nous avons cru devoir nous limiter à la clinique infantile.

Avant de parler de l'œsophagotomie externe, proprement dite, nous n'avons pas cru inutile de revenir un peu en arrière, en présentant une étude générale des corps étrangers de l'œsophage chez l'enfant, au point de vue de leur nature, de leur siège, de leurs symptômes et complications. A propos du diagnostic nous ferons ressortir combien il est devenu simple par l'emploi de la radiographie. La question du traitement est celle sur laquelle nous aurons le plus à insister.

Après avoir énuméré tous les moyens, autres que l'intervention sanglante, qui peuvent être employés dans les cas de corps étrangers de l'œsophage, en essayant d'en montrer les avantages et les inconvénients, nous serons amené tout naturellement à poser les indications de l'œsophagotomie externe. Cette opération est encore, parfois, trop souvent regardée comme un pis-aller à employer seulement lorsque les autres moyens, dits de douceur, auront échoué. En démontrant les dangers de l'emploi intempestif et prolongé de ces manœuvres, nous arriverons à cette conclusion que l'œsophagotomie externe est une intervention à laquelle on doit recourir souvent d'emblée pour l'extraction des corps étrangers de l'œsophage, sans avoir le droit d'essayer un autre moyen regardé comme plus anodin.

Nous consacrerons également quelques lignes, une fois le manuel opératoire décrit, aux soins consécutifs à donner à l'opéré ; nous discuterons la question de la suture de la plaie et les divers modes d'alimentation à employer pour amener le plus tôt possible notre malade à la guérison.

Quant aux résultats de l'intervention sanglante, nous les montrerons dans un tableau synoptique résumant tous les cas, que nous avons pu réunir, d'œsophagotomie externe pratiquée chez l'enfant. La connaissance de ces résultats, en mettant sous nos yeux les bons effets retirés de cette opération, contribuera à en rendre le pronostic moins sombre ; étant plus facilement acceptée, elle sera pratiquée

plus tôt et les résultats en deviendront encore meilleurs.

Nous avons fait tous nos efforts pour présenter de notre sujet une étude impartiale. Nous nous permettrons, cependant, d'insister d'une façon toute particulière sur les dangers de l'expectation qui, au grand détriment des malades, fut et est encore quelquefois adoptée comme ligne de conduite. Nous ne saurions mieux faire que de citer, à ce propos, une phrase qui nous a frappé dans la thèse de Terrier : « Imitant la conduite du chirurgien qui est appelé auprès d'un malade atteint de hernie étranglée et qui ne le quitte qu'après avoir réduit ou opéré la hernie, le praticien ne doit quitter le malade porteur d'un corps étranger de l'œsophage qu'après l'en avoir débarrassé, soit en le repoussant dans l'estomac, soit en enlevant le corps par la bouche, soit en pratiquant l'œsophagotomie externe. Cette dernière opération est d'autant mieux indiquée qu'elle n'est pas très difficile et, surtout, qu'elle n'offre pas les grands dangers mentionnés par la plupart des auteurs classiques ».

Pour la clarté de notre étude nous avons rangé toutes ces diverses considérations sous quatre chapitres distincts :

Chapitre I. — Généralités sur la nature et le siège des corps étrangers de l'œsophage chez les enfants.

Chapitre II. — Symptômes, diagnostic et complications de ces corps étrangers.

Chapitre III. — Moyens thérapeutiques à employer

dans le cas de corps étrangers et indications de l'oesophagotomie externe.

Chapitre IV. — Manuel opératoire. Soins consécutifs et résultats de l'intervention sanglante.

Mais, avant d'aborder d'une façon plus complète le sujet dont nous venons de tracer le plan, nous sommes heureux de présenter à M. le professeur agrégé, Nové-Josserand, chirurgien des Hôpitaux, nos plus sincères remerciements pour les excellents conseils qu'il ne nous a pas ménagés au cours de cette étude, et les observations inédites recueillies dans son service.

M. le professeur agrégé Jaboulay, chirurgien des Hôpitaux et M. le docteur Sargnon nous ont communiqué l'observation d'un petit malade opéré dans leur clientèle privée. Nous devons à M. Albertin, chirurgien de l'Antiquaille, le cas le plus récent d'oesophagotomie que nous ayions pu rapporter. Nous ne saurions oublier l'empressement qu'ils ont mis à nous fournir des documents si précieux pour notre étude.

M. le professeur Pollosson a bien voulu accueillir favorablement la demande que nous lui avons faite de présider notre jury de thèse ; qu'il soit persuadé que nous avons su apprécier le grand honneur qu'il nous a fait et qu'il nous permette de lui présenter l'expression de notre vive reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

Nature et siège des corps étrangers de l'œsophage chez l'enfant.

Les enfants ayant la fâcheuse habitude de mettre à la bouche tous les objets qui se trouvent à portée de leurs mains, il est assez fréquent d'observer chez eux des cas de corps étranger de l'œsophage. Parmi ceux-ci nous pouvons rencontrer des objets de toutes sortes.

Chez les tout petits enfants les pièces de monnaie, les divers jouets qu'on leur donne pour apaiser leurs cris, tels que sifflets, etc., entrent en première ligne. Les enfants plus grands, dans leurs amusements, imiteront ce qu'ils ont observé dans leur entourage : ils improviseront, par exemple, des dinettes où, par inadvertance et maladresse, ils avaleront contenant et contenu (cas de déglutition de minuscule assiette de ménage (Lannelongue). Parfois, on ne sait trop pourquoi, l'enfant avalera volontairement un corps qu'il tenait dans sa bouche ; c'est le cas pour les noyaux de fruits. Ceux-ci, s'ils sont petits et lisses, n'occasionneront aucun accident et arrive-

veront dans l'estomac, mais, s'ils sont plus volumineux et présentent des aspérités, ils s'arrêteront dans l'œsophage (noyaux de pêche, etc). On nous citera également des cas où l'enfant, pris en flagrant délit au moment où il dérobaît un objet quelconque, des friandises surtout, a eu la fâcheuse idée, pour cacher la preuve de son larcin, de le faire disparaître par un mouvement rapide de déglutition (cas de corps étrangers constitués par des substances alimentaires, etc.

Mais peu importent les raisons de la pénétration des corps étrangers de l'œsophage, il n'en est pas moins vrai que ces cas se présenteront très nombreux et très variés. M. Lannelongue, dans un intervalle de trois ans et demi, en a observé dix-huit exemples. Les corps étrangers étaient :

Dans 13 cas des pièces de monnaie.

— 2 — bouton de nacre.

— 1 — une petite roue de chemin de fer d'enfant.

— 1 — une petite assiette de ménage.

— 1 — une petite bouteille en verre mince de 8 cent. de long sur 1 cent 1/2 de large.

MM. Felizet et E. Branca, dans le « Traité des Maladies de l'Enfance », apportent une statistique de 60 cas dans lesquels il s'agissait :

23 fois de pièces de monnaie.

4 — de noyaux de fruits.

10 — d'aiguilles, épingles, etc.

Le tableau que nous mettons dans le cours de notre étude cite seulement les cas où l'œsophagotomie fut jugée nécessaire. Aussi, sans vouloir nous en servir pour la statistique des corps étrangers, nous ne saurions laisser passer ce fait inaperçu qu'il s'agit, le plus souvent, de corps que l'on a regardés longtemps comme inoffensifs pour la muqueuse de l'œsophage et relevant, par conséquent, de l'extraction par les voies naturelles. Mais si, la plupart du temps, ce sont des pièces de monnaie arrondies, on a pu, cependant, observer des cas de sous à bords découpés ou amincis par le martelage, ainsi que M. Nové-Josserand en a cité un exemple, ou bien encore des fragments de noyaux de pêche dont les bords, aigus et coupants, eussent rendu dangereuse l'extraction non sanglante. Les objets fragiles, tels que morceaux de verre, etc., sont heureusement rares.

Nous ne ferons que citer pour mention les corps alimentaires ; ceux-ci, ne produisant que peu de désordres, arrivent rarement à être observés par le médecin. Il est exceptionnel qu'ils ne puissent cheminer vers l'estomac après un moment d'arrêt ou, du moins, qu'on ne puisse les refouler s'ils viennent à s'immobiliser dans l'œsophage. Nous ferons exception seulement pour les morceaux d'os qui peuvent être déglutis, par des enfants relativement grands, en même temps que les aliments et qui, par suite des accidents qu'ils ont pu provoquer, ont décidé le chirurgien à intervenir par l'œsophagotomie externe.

De cette courte nomenclature des corps étrangers nous dégagerons également ce fait qu'un peu de

surveillance de la part des parents aurait évité, dans la majorité des cas, beaucoup d'accidents de ce genre. Il est vrai de dire que, parfois, cette déglutition aura été préméditée et bien voulue par des enfants à instincts bizarres, mais ces cas seront l'exception. Nous ne saurions passer sous silence, à cause de l'étrangeté du fait, celui qui est cité par Robson, et où une fillette avait avalé :

42 clous de 4 cent. de long.

93 clous de 1 à 2 cent. de long.

3 boutons de chemise, etc.

On lui retira tous ces objets par la gastrotomie, ce qui n'empêcha pas, les jours suivants, d'en trouver d'autres dans les matières fécales.

Nous avons vu la nature des corps étrangers de l'œsophage, nous allons dire, en quelques mots, quel est leur siège de prédilection. Mais, au préalable, nous croyons utile d'insister sur les quelques notions d'anatomie que nous avons jugé indispensables à connaître pour la compréhension de ce sujet.

L'œsophage n'est pas un conduit régulièrement cylindrique. Il présente, en certains points, des rétrécissements où les corps étrangers s'arrêtent, comme pour « faire antichambre », selon l'expression de Mikulicz.

Le premier de ces rétrécissements correspond à l'orifice supérieur de l'œsophage ; il marque la limite entre celui-ci et le pharynx. Chez le nouveau-né, il est distant de 6 à 7 centimètres des arcades dentaires supérieures, d'où ce fait qu'on peut l'explorer facilement avec le doigt.

Le deuxième siège au niveau de la crosse aortique. C'est à son niveau, ou plutôt dans la portion de l'œsophage comprise entre les deux premiers rétrécissements, que siègent, en majeure partie, les corps étrangers. Cette portion sera facilement accessible par l'œsophagotomie externe.

Le troisième rétrécissement est déterminé par le passage de la bronche gauche. Des corps étrangers, arrêtés à ce niveau, ont pu déterminer une communication entre ces deux conduits (Obs. de May).

Le quatrième et dernier est dû au passage de l'œsophage à travers le diaphragme.

De plus le calibre de l'œsophage n'est pas exactement circulaire ; il est aplati d'avant en arrière, d'où prédominance du diamètre transversal sur le diamètre antéro-postérieur et orientation habituelle des corps étrangers suivant le premier de ces diamètres ; l'œsophage, d'ailleurs, est limité en avant par le cricoïde et la trachée, en arrière par la colonne vertébrale, tandis qu'il n'existe pas d'obstacle à sa distension latérale.

Il nous serait utile de savoir quelles sont les plus fortes dilatations auxquelles on peut soumettre l'œsophage sans produire des lésions, pour les comparer aux dimensions des corps étrangers rencontrés le plus souvent. Dans sa thèse, Lesbini a montré que l'on peut introduire un cathéter à boule de

13 millim. de diam. chez un enfant de 2 à 5 ans.

16 — — — — 5 à 8 ans.

18 — — — — 8 à 13 ans.

Si, au lieu de faire une dilatation circulaire de

l'œsophage, nous supposons celle-ci opérée suivant son diamètre transversal, comme le font habituellement les pièces de monnaie, par un calcul bien simple dans les détails duquel nous n'entrerons pas, nous arrivons à transformer les chiffres donnés par Lesbini en ceux-ci :

Diamètre transversal maximum :

23 millim. $1\frac{1}{2}$ chez un enfant de 2 à 5 ans.

25 millim. — — 5 à 8 ans.

28 millim. — — 8 à 13 ans.

Or les pièces de monnaie ont 25 mill. de diamètre pour la pièce de 0 fr. 05, 30 mill., pour la pièce de 0 fr. 10. De ces données nous ne tirerons, pour le moment que cette conclusion, à savoir que, chez un enfant qui a avalé un corps étranger de la grosseur d'un sou, l'œsophage est, par ce fait même, dilaté à la limite maximum que l'on ne doit pas dépasser, sous peine de produire des lésions graves. Nous développerons, d'ailleurs, ce point dans la suite de notre étude.

La longueur de l'œsophage doit également nous être connue. Nous n'aurons pas, en effet, toujours à notre service la radiographie pour nous renseigner sur la topographie exacte des corps étrangers. Nous devons alors nous servir d'un cathéter à boule, mesurer la longueur introduite pour avoir la sensation de contact et reporter cette longueur, que nous aurons évaluée en centimètres, sur les données anatomiques fournies par les auteurs.

La portion cervicale de l'œsophage ayant de $3\frac{1}{2}$ à 4 cent. $1\frac{1}{2}$, d'autre part le premier rétrécissement

qui marque la limite supérieure de l'œsophage se trouvant à 7 centimètres des incisives supérieures, si le corps étranger siège dans cette portion du conduit notre sonde sera arrêtée quand elle aura effectué un trajet de 10 à 12 centimètres. Nous retiendrons également les autres chiffres exprimant la longueur totale de l'œsophage, c'est-à-dire :

Chez nouveau-né	9 cent.	1/2 Klauss.
	12 cent.	Lemaistre.
A 2 mois.....	10 cent.	Klauss.
A 6 mois.....	13 cent.	Lemaistre.
A 2 ans.....	13 cent.	1/2 Klauss.
A 3 ans.....	20 cent.	1/2 Lemaistre.

Ces chiffres étant trop variables, et suivant l'âge et suivant la taille du sujet, certains auteurs ont essayé de trouver un rapport entre la longueur de l'œsophage et une donnée facile à mesurer extérieurement sur le sujet. C'est ainsi que, pour Klauss, la longueur de l'œsophage est égale à celle d'une ligne partant du milieu du front et aboutissant à l'appendice xyphoïde, plus 3 centimètres. Pour Morosoff elle est égale à 0,15 de la longueur totale du corps, à 0,26 de colonne vertébrale. Nous n'avons pas craint de multiplier ces chiffres, afin que l'opérateur, s'il n'a pas à son service la radiographie, puisse, avant de prendre le bistouri ou de s'adresser à d'autres modes d'extraction, avoir son opinion faite sur le siège exact du corps étranger, siège qu'il lui est utile de connaître pour le guider et dans le choix et dans le pronostic de son intervention.

Ce siège quel est-il habituellement dans la prati-

que courante ? C'est ce que nous allons voir brièvement.

Les corps volumineux ne peuvent pénétrer dans l'œsophage ; ils restent cantonnés dans le pharynx où ils occasionnent des accidents variables sur lesquels nous reviendrons à propos du diagnostic et de la symptomatologie.

Ceux qui sont très petits, à moins d'être très irréguliers, ne font que passer dans l'œsophage et tombent dans l'estomac.

Aussi, pour pouvoir étudier le sujet qui nous occupe prendrions-nous comme type le cas d'un objet de moyen volume, un sou par exemple.

Le corps étranger par ou pour une cause quelconque venant d'être dégluti, il semblerait au premier abord que, vu son volume par rapport au calibre de l'œsophage, celui-ci dût s'arrêter au niveau du premier rétrécissement et rentrer ainsi dans le cas des corps volumineux qui restent dans le pharynx. C'est, en effet, ce qui a lieu dans ce que nous appellerions le premier temps de la déglutition, où le corps n'est pas encore œsophagien et occasionne, par sa présence dans le pharynx, des troubles reflexes multiples ; ceux-ci donnent lieu, parfois, à des symptômes alarmants et n'ont d'autre résultat final que de faire progresser le corps étranger. Les muscles constricteurs du pharynx, par leur contraction, font appuyer le corps étranger sur l'orifice supérieur de l'œsophage ; celui-ci se dilate peu à peu sous l'influence d'une pression prolongée et laisse pénétrer le corps en question.

Cette progression est, d'ailleurs, aidée par les manœuvres et de l'enfant et de son entourage. Instinctivement celui-là imite la conduite d'un individu qui en avalant d'autres aliments, soit liquides, soit solides, facilite la déglutition d'un bol alimentaire quelconque, déglutition rendue difficile soit par le volume, soit par la nature des aliments. Les parents eux-mêmes, souvent ignorant la nature du corps étranger, croyant parfois que leur enfant a avalé « de travers », veulent aider cette déglutition pénible en donnant à leur enfant des aliments épais, tels que bouillies, purées, pensant qu'ils pousseront devant eux le corps du délit.

Et tout ceci n'est pas seulement théorique, mais a bien son côté pratique. Si, en effet, l'enfant était amené chez le médecin sitôt l'accident arrivé, on aurait, le plus souvent, à extraire un corps du pharynx, au lieu d'un corps de l'œsophage, et cette extraction, dans la majorité des cas, pourrait être faite par la bouche. Mais, malheureusement, les parents agissent autrement. Aussi, soit par suite des contractions des muscles du pharynx, soit à la suite des manœuvres pratiquées d'une façon inopportune le corps étranger devient alors véritablement un corps étranger de l'œsophage.

Ce corps étranger, que va-t-il devenir ? Il semblerait logique que, le premier rétrécissement franchi et en raison même de ce que le corps étranger a pu franchir ce passage difficile, celui-ci dût parcourir sans encombre tout l'œsophage et arriver ainsi dans l'estomac.

Il n'en est rien, cependant, puisque, dans la majorité des cas, il s'arrête au niveau de la fourchette sternale.

Il est juste de faire entrer, tout d'abord, en ligne de compte, l'obstacle présenté par la crosse de l'aorte venant déprimer la paroi postérieure de l'œsophage. Il faut mettre aussi en évidence l'insuffisance des contractions œsophagiennes. Celles-ci, au début, peuvent être assez fortes, mais arrivent vite à s'épuiser. Bien plus, le corps étranger, par sa présence, peut arriver à produire des lésions sur la muqueuse ; il en résultera une immobilisation par contracture réflexe et, parfois, une sorte d'enclônement. Ces lésions provoquées peuvent être encore plus profondes, au point de permettre la pénétration du corps étranger à travers les parois de l'œsophage.

Nous devons également faire observer que le corps étranger, obstruant ordinairement, d'une façon à peu près complète, le calibre du canal alimentaire, les solides ne pourront être déglutis et entraîner avec eux l'obstacle ; ils seront rejetés par le vomissement et les contractions de l'œsophage, nécessaires pour cela, contribueront encore à fixer le corps étranger. Quant aux liquides qui, seuls, continuent à passer, ils ne pourront avoir d'autre action que d'orienter le corps étranger dans le sens le plus favorable à leur déglutition.

Et, en fait, ordinairement, c'est dans la première partie de l'œsophage que nous trouvons les corps étrangers. Dans les 29 cas d'œsophagotomie externe

que nous avons pu relever chez l'enfant, nous ne trouvons que quatre ou cinq cas, dans lesquels le siège du corps en question ait été mentionné au-dessous de la fourchette, à plus de 12 ou 13 centimètres des arcades dentaires supérieures. Dans l'un, entre autres, celui de M. Nové-Josserand, il s'agissait d'un noyau de pêche qui se trouvait à plus de trois travers de doigt au-dessous de la clavicule, position dans laquelle il était maintenu par les aspérités qu'il présentait. Dans le cas de Frœlich, il s'agissait également d'un noyau de pêche situé à 18 centimètres des arcades dentaires supérieures, chez un enfant de 10 ans. Mais ces cas sont l'exception et, dans la majorité des observations, nous trouverons les corps étrangers au voisinage de la fourchette sternale, dans une région où ils seront facilement accessibles et où on devra les rechercher, par l'œsophagotomie externe, quand celle-ci sera nettement indiquée.

CHAPITRE II

Symptômes. — Complications. — Diagnostic des corps étrangers.

Tous les observateurs qui ont eu à s'occuper des corps étrangers de l'œsophage ont été frappés du peu de symptômes, au point de vue fonctionnel, par lesquels ils manifestent leur présence, et ont insisté avec raison sur ce fait.

Les accès de suffocation sont moins fréquents que ne le veulent certains auteurs. Ils se montrent, de préférence, au début, quand le corps étranger est encore dans le pharynx, quand il y est maintenu par ses aspérités ou, encore, quand, par son orientation et son volume, il bouche complètement et la voie alimentaire et les voies aériennes.

« Lorsque le corps alimentaire est volumineux, il s'arrête à la partie inférieure du pharynx, obstruant en même temps le larynx; aussi les accès de suffocation sont-ils tels que la mort immédiate peut s'observer » (Hartman). Et, en effet, le tableau est alors

alarmant. L'enfant fait de violents efforts pour expulser au dehors le corps étranger; sa face se cyanose, se tuméfie et on est parfois obligé de recourir à la trachéotomie d'urgence. Leffert (in *Wien. Med. Woch.*, 1876) rapporte un cas intéressant : un enfant de 6 ans 1/2 avale un anneau de laiton. Quatre ans après il fut pris d'un accès dyspnéique. L'anneau était placé de telle sorte que le tiers de sa circonférence antérieure recouvrait les cordes vocales, tandis que sa partie postérieure s'adossait au pharynx : les aliments passaient à travers la lumière de l'anneau.

Mais, tous ces troubles sont produits par des corps qui sont encore dans le pharynx et non dans l'œsophage. A la rigueur ceux de ce conduit pourraient donner lieu à des phénomènes analogues si, par une orientation particulière, mais exceptionnelle, ils venaient déprimer la face postérieure de la trachée. Peut-être pourrait-on invoquer aussi, parfois, un spasme de la glotte dû à un réflexe ayant pour origine les filets du récurrent dans la partie supérieure de l'œsophage.

D'une façon générale on peut dire que la déglutition d'un corps étranger, sans donner lieu à des phénomènes très dramatiques, détermine, au début, des phénomènes aigus : douleur assez angoissante faisant crier l'enfant qui fait des efforts répétés et inutiles de déglutition et, parfois, aussi de vomissement. Au bout de quelque temps ces accidents pénibles disparaissent et tout rentre dans le calme.

Quels sont les symptômes que nous allons observer dans la suite ?

Dans le chapitre précédent nous avons vu que, par suite de l'exiguité du calibre de l'œsophage, ce conduit était presque complètement, pour ne pas dire tout-à-fait, obstrué par les corps étrangers; les sous eux-mêmes, bien que se plaçant de champ, arrivent au même résultat. Aussi verrons-nous se produire de graves désordres du côté de la déglutition.

Les aliments solides ne peuvent plus être déglutis. Au début, l'enfant semble accepter avec plaisir les aliments qu'on lui présente, car parfois il meurt littéralement de faim, mais, bientôt, il se met à pleurer, ceux-ci ne pouvant passer. Malgré une mastication lente et très prolongée de la nourriture qu'on lui présente, de façon à humecter largement son bol alimentaire, l'enfant présentant le tableau caractéristique des adultes qui, ayant un rétrécissement de l'œsophage, semblent « surveiller leur déglutition », les regurgitations sont presque constantes et le petit malade en arrive, malgré la faim qui le torture, à repousser tout aliment solide.

Dans l'observation qui nous a été communiquée par M. Albertin nous noterons, cependant, l'absence complète de gêne de la déglutition, l'enfant mangeant absolument comme tous les autres petits malades de sa salle.

La déglutition des liquides est habituellement conservée ou, du moins, si, au début, elle a été supprimée, elle se rétablit assez vite. Des enfants ont ainsi pu continuer à s'alimenter pendant près d'une année (Obs. de May, Monnier, Gay).

La douleur est un symptôme plus inconstant. Les

localisations sont très diverses. Elle est fréquente au creux épigastrique et, très souvent, elle est accusée dans le dos. Elle peut être provoquée par la déglutition. La palpation du cou peut la réveiller et, quand l'enfant souffrira localement, nous nous méfierons beaucoup des complications.

Pour avoir des renseignements plus précis, nous devons procéder à l'examen physique du petit malade et, à ce propos, nous rappellerons que cet examen doit être méthodique et fait avec douceur.

L'inspection du cou ne révèle ordinairement rien. Parfois, cependant, nous pourrions observer un peu de rougeur et de tuméfaction de la région quand le corps étranger, par sa présence, aura provoqué des lésions profondes.

La palpation pourrait, parfois, à la rigueur, arriver à nous faire sentir le corps étranger à travers les divers plans qui recouvrent l'œsophage. Il ne faut pas trop compter sur ce mode d'investigation, car, chez l'enfant, le cou est relativement gros et court, toutes conditions qui rendront plus difficile cette recherche. Nous croyons utile d'insister sur ce fait que, habituellement, elle ne provoque aucune douleur; si ce phénomène se produisait, nous devrions le noter soigneusement, car il serait l'indice de complications graves.

Par le toucher nous pourrions arriver, chez les tout jeunes enfants, jusqu'à l'orifice supérieur de l'œsophage, orifice qui n'est séparé de l'arcade dentaire supérieure que par une distance de 6 à 7 centimètres. Mais les corps étrangers, étant ordi-

nairement placés plus bas, échapperont facilement à notre doigt.

Nous ne ferons que citer, pour mention, le miroir œsophagien et les diverses œsophagoscopies ; ce sont des moyens infidèles à cause de l'indocilité des petits malades.

Aussi ne devons-nous pas trop nous attarder à ces diverses manœuvres et recourir au plus tôt à l'exploration instrumentale à l'aide de cathéters introduits dans l'œsophage. Nous devons le faire avec beaucoup de prudence. M. Lannelongue rapporte le cas d'une fillette qui avait avalé, depuis six jours, une petite cupule en étain. Les manœuvres d'exploration furent faites avec beaucoup de douceur et, cependant, du sang fut rejeté en assez grande abondance.

Pour explorer l'œsophage nous nous servirons d'un explorateur à boule. Après avoir enveloppé l'enfant dans une alèze, pour paralyser ses mouvements, nous le confions à un aide qui le maintiendra solidement ; sa tête sera légèrement placée en extension. De la main droite, tenant la sonde comme une plume à écrire, nous la guiderons sur notre index gauche introduit dans la bouche de l'enfant. Arrivant ainsi à l'entrée de l'œsophage, nous essaierons de lui faire parcourir tout ce conduit. Nous noterons soigneusement les moindres résistances ; si nous sentons un obstacle, nous exercerons une pression douce et prolongée afin de le franchir. Par des mouvements de va-et vient, nous prendrons soin de préciser nos sensations et, marquant sur la

tige l'endroit où celle-ci est en contact avec l'arcade dentaire supérieure, nous en déduirons le siège exact, dans l'œsophage, du corps étranger.

Il ne faut pas, cependant, ajouter trop de foi à ce cathéterisme explorateur. Sachons, avant de commencer, qu'il peut nous induire en erreur. Il est, d'ailleurs, un moyen sûr de contrôler notre assertion : nous voulons parler de la radiographie ; elle seule pourra nous donner une certitude absolue. Nous reviendrons sur cette question à propos du diagnostic des corps étrangers.

Nous avons omis à dessein de parler de l'auscultation de l'œsophage que nous ne croyons pas capable de nous donner des renseignements valables.

A cette étude des symptômes immédiats par lesquels les corps étrangers manifestent leur présence se rattache l'importante question des troubles que produit leur séjour prolongé dans l'œsophage. Les enfants, en effet, sont, le plus souvent, amenés chez le médecin alors qu'il s'est écoulé plusieurs jours, parfois plusieurs mois, depuis la déglutition du corps étranger. Il est juste de dire, cependant, que si celui-ci peut être toléré très longtemps sans causer des troubles appréciables, parfois il peut donner lieu à des phénomènes assez graves.

Du côté de la santé générale on note un affaiblissement s'accroissant de jour en jour par suite de l'insuffisance de l'alimentation allant parfois jusqu'à l'inanition, à laquelle le malade est obligé de se soumettre.

Les désordres locaux sont de plusieurs sortes et parfois très graves.

Du côté de l'œsophage le corps étranger détermine, par sa présence, l'inflammation, puis l'ulcération de la muqueuse. Ces accidents sont sous la dépendance des pressions exercées par le corps étranger.

De plus la putréfaction des résidus alimentaires — lait en particulier — retenus à son voisinage, amène des phénomènes infectieux, exaltent le microbisme latent dans ce foyer de moindre résistance. Les parois de l'œsophage sont envahis par le pus ; celui-ci peut fuser dans le tissu cellulaire péri-œsophagien et donner lieu à des abcès ayant de la tendance à envahir le médiastin. « Un petit garçon ayant gardé dix jours un sou dans l'œsophage, mourut d'un volumineux abcès dans le médiastin postérieur ». (Félizet). « Un enfant avait avalé un sou qui était resté dix mois dans son œsophage et avait formé un abcès latéral au siège de l'obstruction. » (Dr Gladstone *Lancet* 1898).

Les organes du voisinage peuvent également être intéressés. Du côté des voies aériennes on peut noter des fistules entre elles et l'œsophage. May en rapporte un cas chez un enfant à qui il fit l'œsophagotomie externe et qui avait avalé un sou 4 ans auparavant (May, *British. med. Journ.* 1887.)

D'après, Sirot (Thèse Lyon, 1899) sur 107 fistules siégeant entre l'œsophage et les voies aériennes, 11 seraient dues à des corps étrangers.

Les vaisseaux eux-mêmes peuvent être atteints. L'aorte déterminant, par sa présence, un rétrécisse-

ment de l'œsophage, souvent les corps étrangers sont arrêtés à ce niveau. Les artères œsophagiennes, la thyroïdienne inférieure, la carotide primitive (Obs. Sebilleau et Lombard) peuvent également être intéressées.

Les troubles de la phonation peuvent également survenir. On a cité quelques cas de carie vertébrale avec myélite consécutive ; la pénétration du corps étranger dans la plèvre, le péricarde, ne sont pas des phénomènes rares, etc., etc.

Si nous ne faisons que mentionner tous ces faits, cependant nous nous rappellerons bien que le danger résulte moins du corps étranger lui-même que des désordres qu'il a pu provoquer, et qu'il ne suffira pas de l'extraire pour mettre le malade hors de tout péril.

Et, en effet, si les corps étrangers de l'œsophage ne menacent pas la vie par leurs accidents immédiats, ils ont, par contre, une gravité véritable par leurs accidents secondaires. Plus ou moins tardifs ils finissent toujours par se montrer et si, quelquefois, ils ont pu aboutir à l'issue heureuse du corps étranger par l'ouverture naturelle d'une ulcération de l'œsophage suivie d'abcès, le plus souvent ils tuent par septicémie, par complications broncho-pulmonaires, par hémorrhagies. Voilà autant de considérations que nous devenons bien avoir présentes à l'esprit dans la discussion du traitement.

Il serait très important de connaître combien de temps après la déglutition du corps étranger ils mettent pour apparaître. Mais malheureusement

leur date d'apparition est des plus variables. On les a vu manquer après des années et, d'autres fois, se montrer au bout de quelques jours. Cela doit dépendre de bien des circonstances : nature et siège du corps étranger, degré de pression qu'il exerce sur les parois de l'œsophage. Les tentatives d'extraction par les voies naturelles devront également entrer en ligne de compte (Obs. de Créquy, *Gaz. Hebd. méd. et chir.*, 1861).

Ce qu'il y a de sûr c'est que, même dans les premiers jours, il faut compter avec eux. Sans être constitués dans leur forme grave, ils sont déjà en germe au bout de 4 ou 5 jours peut-être. La muqueuse, tuméfiée, ramollie au voisinage du corps, se déchirera facilement et deviendra une porte ouverte à l'infection même une fois le corps du délit enlevé. Ceci explique les inconvénients des extractions par les voies naturelles, lorsque le corps est en place depuis quelques jours.

Il nous reste maintenant à résoudre la question du diagnostic, Y a-t-il eu un corps étranger avalé ? Si oui, est-il toujours dans l'œsophage et quel est son siège exact dans ce conduit ? Voilà autant de problèmes qui, au premier abord, sembleraient faciles à résoudre et qui n'en présenteront pas moins, dans la pratique, plus d'une difficulté.

Nous commencerons d'abord par interroger l'enfant, s'il est suffisamment âgé pour nous répondre. Afin de ne pas le laisser influencer par son entourage, nous éloignerons ses parents et, en gagnant sa confiance, nous tâcherons d'avoir ses

aveux. Nous nous adresserons ensuite à sa famille ou aux personnes présentes au moment de l'accident, Nous ne craignons pas de nous entourer de tous les détails, nous gardant bien, cependant, d'accepter d'une façon aveugle tout ce qui nous sera rapporté. Il n'est pas rare, en effet, de voir des parents qui croient que leur enfant a avalé une pièce de monnaie, ou tout autre objet qu'il tenait à la main, alors que celui-ci a été simplement égaré. L'enfant lui-même peut se laisser suggestionner par son entourage au point d'accuser des douleurs épigastriques, comme M. Félizet nous en rapporte un cas.

Quand nous serons en possession de tous ces renseignements nous ferons, devant nous, boire et manger le malade, en notant soigneusement ce que nous allons observer.

Nous procéderons ensuite à l'examen avec la sonde. Ici encore ne nous fions pas trop aux résultats que ce mode d'investigation peut nous donner. Si nous ne sentons rien, ne nions pas l'existence du corps étranger.

« Une fillette de 18 mois avait, disait une bonne, avalé une clef de commode. Elle eut, d'abord, quelques accès de suffocation, puis la respiration devint calme. Au doigt, à la palpation on ne sent rien. Le lait est bien ingéré. L'enfant est endormi. Avec un mandrin à bout olivaire on ne sent rien. On admit que la bonne donnait un renseignement erroné, d'autant plus que l'enfant avalait bien le lait. L'enfant eut, le jour suivant, des accès de suffocation et, quarante-huit heures après il succomba. A l'autopsie

on trouva la clef au-dessous du cricoïde » (Broca, *Bull. Soc. Chir.*, 1896).

Nous voyons donc que, dans bien des cas, il nous serait difficile de faire un diagnostic de certitude, à plus forte raison de préciser le siège du corps étranger. Notre exploration sera faite très doucement sans provoquer de réaction de la part de l'enfant. Au besoin on doit recourir à l'anesthésie. Le spasme œsophagien, en effet, peut être suffisant pour arrêter la sonde et faire croire à un corps étranger alors qu'il n'y en a point, ou empêcher cette même sonde d'atteindre un corps situé plus bas. Il peut aussi faire courir des risques de déchirure de l'œsophage, si on veut poursuivre quand même cette exploration. D'autre part la sonde ne rencontrera pas toujours le corps étranger; s'il s'agit, par exemple, d'un sou placé de champ, elle peut très bien passer en avant ou en arrière de lui, en provoquant des symptômes tactiles presque nuls.

Heureusement nous avons à notre service un moyen sûr d'investigation et de contrôle : la radiographie. Grâce à elle, pour assurer notre diagnostic nous n'aurons plus à imposer au petit malade des manœuvres pénibles, parfois dangereuses et toujours incertaines. Dans l'observation de M. Jaboulay nous voyons qu'il ne s'est adressé qu'aux rayons X pour assurer sa conviction. M. Nové-Josserand s'en est servi d'une façon courante. Le professeur Angerer de Munich, M. Lévy Dorn, de Berlin (*Centralblatt für Chir.*, 1896), signalent les applications heureuses de la radiographie à la question qui nous occupe. Et si

nous voyons le nombre des œsophagotomies augmenter, nous devons en attribuer la cause pour une grande part, à la découverte de Röntgen. Celle-ci, en effet, nous renseigne, non seulement sur la présence, mais aussi sur le siège exact du corps étranger et, au lieu d'aller à la recherche d'un objet plus ou moins problématique, l'opérateur peut être assuré à l'avance du succès de son intervention, en ce qui concerne, du moins, l'ablation du corps étranger.

La radiographie, pour donner des renseignements exacts et guider la main du chirurgien, doit être pratiquée au moment même de l'intervention, ou du moins, dans un laps de temps très rapproché. Si, après l'épreuve, on a fait quelque manœuvre d'extraction, si l'enfant a fait des essais de déglutition d'aliments solides, on devra, avant de prendre le bistouri, s'assurer, par un nouvel examen, que le corps étranger n'a pas changé de place.

Quelques auteurs même (Beckmann-Delatour, *Centralblatt*, 1897), se sont servis de la radioscopie dans un but thérapeutique, nous voulons dire pour guider une pince introduite à la recherche d'un corps étranger.

Tous ces avantages ne nous feront regretter qu'une chose, c'est que ce mode d'assurer notre conviction ne puisse être à la portée de tous les praticiens. Il y aurait ainsi moins d'hésitation dans le diagnostic et, partant, l'intervention se bornerait moins souvent à une expectation nuisible pour le malade.

CHAPITRE III

Des divers traitements à opposer aux corps étrangers et des indications de l'œsophagotomie externe.

Notre diagnostic de corps étranger étant positif, quelle conduite allons-nous tenir?

Nous ne nous attarderons pas à montrer les dangers de l'expectation. Nous avons vu plus haut, à propos des complications, les désordres que peuvent provoquer les corps étrangers. Il serait bien téméraire d'attendre leur issue au dehors sans un autre accident qu'un abcès qui, s'ouvrant à l'extérieur, laisserait échapper son pus avec le corps qui l'a provoqué. « Si le malade guérit, on s'applaudit de l'inaction que l'on a choisie, mais, s'il succombe, qui absoudra le chirurgien d'être resté le spectateur glacé d'un événement aussi déplorable » (Bégin)? Aussi notre ligne de conduite est bien tracée: il faut agir. Nous pouvons nous adresser à une série de manœuvres opératoires que nous pouvons ranger sous trois chefs différents:

- 1). Propulsion dans l'estomac.
- 2). Extraction par les voies naturelles.
- 3). Extraction par la méthode sanglante ou œsophagotomie externe.

Si nous nous attardons un peu dans l'exposé des divers moyens que nous rangeons dans les deux premières catégories, c'est pour montrer leur inutilité parfois et aussi les dangers qui peuvent résulter de leur emploi intempestif. Après cet énoncé les indications de l'œsophagotomie externe nous paraîtront plus nettes et plus précises.

La propulsion dans l'estomac sera indiquée quand il s'agira d'un corps étranger situé près du cardia, et que l'on ira retirer, dans un deuxième temps, par la gastrotomie, ou d'un corps qu'il n'y a aucun danger à faire pénétrer dans l'estomac, tel par exemple, qu'un bol alimentaire un peu trop volumineux. Nous pourrions, pour cela, employer un cathéter terminé par une boule assez grosse ou une éponge. Pour prévenir le spasme provoqué par les manœuvres, nous nous efforçons de rendre celles-ci très douces ; auparavant nous aurons donné un peu de sirop de chloral ou, si l'enfant ne peut avaler, fait une petite injection de morphine.

Quand il s'agit de corps autre qu'une substance alimentaire, la propulsion est une méthode incertaine, car nous ne pouvons prévoir l'évolution ultérieure du corps étranger une fois parvenu dans l'estomac. Il pourra donner lieu à des phénomènes toxiques comme dans une observation de MM. Variot et Rémy où un enfant, ayant avalé un bloc d'alliage

servant à former des caractères d'imprimerie mourut malgré la gastrotomie.

Une autre contre-indication résulte du volume, de l'irrégularité du corps étranger. Si, cependant, nous nous heurtions à un mauvais vouloir de la famille, nous pourrions nous adresser à des moyens anodins, donner, par exemple, des bouillies, des purées, etc. Celles-ci en enrobant les corps étrangers, pourraient leur permettre, grâce à cet artifice, de traverser sans encombre le tube digestif. « Un fragment de bouteille triangulaire de 1 cent. 1/2 de côté, fut avalé par un enfant de 1 an. Son père lui fit prendre des panades très épaisses. L'enfant ne manifesta pas le moindre symptôme douloureux et eut, les jours suivants des selles normales. Le deuxième jour, l'enfant se réveille, pousse des cris et on sentit le morceau de verre engagé dans l'anus. On put le retirer avec une pince » (Jeanbrau, *Journ. le Méd. et Chir.*, 1900).

Malgré cette issue providentielle nous concluerons que la propulsion dans l'estomac doit être une méthode exceptionnelle. A un corps étranger de l'œsophage nous substituons un corps étranger de l'estomac et exposons notre malade à des dangers consécutifs très graves, tels que : obstruction intestinale, hémorrhagie gastro-intestinale, perforation, péritonite, etc., etc.

Une deuxième méthode, l'extraction par les voies naturelles, est beaucoup plus rationnnelle.

Une pratique courante consiste à s'adresser aux vomitifs, à l'ipéca, à l'émétique. Dans certains cas où

les malades ne pouvaient rien avaler, certains auteurs ont fait des injections d'apomorphine ; mais cette dernière substance n'est pas sans danger ; on peut provoquer des phénomènes de collapsus toujours fâcheux, quelquefois mortels.

D'ailleurs tous ces moyens sont plus ou moins infidèles ; ils ne peuvent donner des résultats que dans les cas de corps étrangers de petit volume et peu fixés dans la position qu'ils occupent dans l'œsophage. Ils peuvent même devenir dangereux par les efforts répétés qu'ils occasionnent ; ceux-ci, en effet, fatiguent inutilement le malade et produisent parfois des phénomènes plus graves, en mobilisant incomplètement le corps étranger ; nous voulons parler des ulcérations des tuniques de l'œsophage avec toutes leurs conséquences.

Aussi, nous n'ajouterons pas grande confiance à ces moyens et, sans perdre notre temps en tentatives inutiles parfois nuisibles, nous nous adresserons à d'autres plus efficaces, pratiquées à l'aide d'instruments variés.

M. de St-Germain s'est servi d'une petite tige à l'extrémité de laquelle il coule de la cire de façon à former une boulette qu'il modèle sur le calibre de l'œsophage. Il mobilise alors le corps étranger qui est rendu par le vomissement.

D'autres auteurs ont inventé des instruments plus perfectionnés, des pinces de toute sorte, de Tiernan, de Collin, crochets de Kirmisson, pinces de Berger. Certains ont improvisé des sortes d'appareils « de fortune » (T-Coke Squance, *Lancet*, 1900),

avec des fils métalliques enveloppés de gutta-percha. Tous ces appareils ont rendu des services dans la main de leurs auteurs. On peut, cependant, leur faire le reproche d'être « aveugles », d'exposer l'opérateur à saisir la muqueuse (nous avons en vue surtout les pinces) et à la déchirer par suite d'efforts immodérés de traction. Il y aurait un moyen sûr de les guider, ce serait de les employer concurremment avec la radioscopie. Celle-ci pourrait indiquer quand l'instrument est en contact avec le corps étranger, et l'opérateur n'aurait plus alors qu'à saisir celui-ci et à l'attirer au dehors.

Nous arrivons maintenant à un instrument qui eut, et a encore, à l'heure actuelle, beaucoup de partisans : nous voulons nommer le panier de de Graefe.

M. de Saint-Germain condamne son emploi. « Il se prête, dit-il, facilement à l'introduction, mais ses bords saillants et écartés s'opposent au retrait de l'instrument ». Dans la littérature médicale il est facile de trouver des cas où son emploi a provoqué des accidents.

M. Félizet, dans la séance de la Société de Chirurgie du 15 mai 1893, en rapporte un très intéressant. Il s'agissait d'un enfant de 2 ans ayant avalé un sou que l'on essaya de lui retirer à l'aide du panier de de Graefe. Celui-ci pénétra bien, mais resta enclavé.

Dans un autre cas, cité par M. Lannelongue (*Bull. Soc. Chir.*, 1880), malgré la douceur de son emploi, il provoqua une hémorrhagie sérieuse.

M. Piéchaud dans son « Précis de Chirurgie infantile », s'exprime ainsi : « Nous avons connaissance

d'un fait où le panier de de Graefe, dirigé, chez une enfant de 8 ans, sur une pièce de 5 centimes arrêtée vers la partie moyenne de l'œsophage, ne put la mobiliser, resta arrêté sur elle quelques instants et, finalement, produisit une déchirure suivie d'un pyothorax mortel ».

Créquy pût également contrôler, par l'autopsie, une déchirure des parois de l'œsophage produite par l'emploi du panier de de Graefe.

Il est vrai qu'à tous ces cas malheureux on pourra nous opposer des succès encore plus nombreux. Cependant, on nous permettra de faire une petite restriction à ce sujet. Les corps étrangers étaient-ils réellement œsophagiens ? Si nous parcourons les observations relatées dans la thèse de Mage (Paris, 1896), nous voyons que dans l'observation VI, le corps étranger était arrêté au niveau du premier rétrécissement; dans l'observation IX on a un léger ressaut au niveau de la partie moyenne du cartilage cricoïde; quant aux autres observations, de IX à XVII, elles sont muettes sur le siège du corps étranger, et ceci s'explique facilement si l'on songe que l'on n'avait pas la radiographie pour vérifier le siège exact du corps étranger et nous avons vu, à propos du diagnostic, combien ce siège était difficile à déterminer par le seul cathétérisme.

Nous ne nierons pas, cependant, que l'on ne puisse extraire un corps étranger de l'œsophage avec le panier de de Graefe, même chez un jeune enfant. En effet, des auteurs ont pu contrôler, par l'examen radiographique, le siège exact du corps étranger.

M. Nové-Josserand nous en a communiqué plusieurs cas. Mais nous croyons que si l'on mettait d'un côté les cas heureux où l'extraction a pu être effectuée, d'un autre ceux où les tentatives, sans même produire des lésions graves, ont été infructueuses, la balance pencherait du côté des succès.

Et, en effet, nous avons vu plus haut que les corps étrangers occupaient à eux seuls le calibre de l'œsophage, en produisant même, parfois, une distension qu'il serait téméraire d'exagérer encore par l'introduction d'un instrument. L'œsophage, il est vrai, est très extensible, mais, cette propriété, il la possède surtout à l'état sain et quand les causes de distension agissent d'une façon lente et progressive. Ce n'est pas le cas ici ; les parois auront rarement supporté sans réaction inflammatoire la présence du corps étranger et l'opérateur agira difficilement, avec toute la lenteur voulue, sur un sujet qui s'agite.

Supposons, d'ailleurs, le panier introduit sans encombre, il s'agit maintenant de le retirer en ramenant le corps étranger. L'instrument pourra accrocher le bord inférieur du cricoïde ; ses ailes produiront une invagination de la muqueuse de l'œsophage, d'où formation d'un bourrelet retenant à la fois et le corps étranger et l'instrument introduit pour l'amener au dehors. S'il s'agit d'une pièce de monnaie, celle-ci, en arrivant au-dessus du larynx, étant imparfaitement fixée sur le panier, pourra basculer sur cet organe et venir l'obturer (Félizet).

Aussi, ne doit-on admettre l'emploi du panier de de Graefe que dans les cas récents, en le maniant

avec prudence et sous anesthésie. Au-delà de trois ou quatre jours, il est vraisemblable qu'au niveau du corps étranger, la muqueuse est plus ou moins boursoufflée; l'avulsion par le panier risque de déchirer la muqueuse, elle peut laisser une porte ouverte à l'infection, même après l'ablation du corps. Pour ces raisons il vaut mieux recourir à l'œsophagotomie externe.

Nous avons omis de parler de certains moyens qui, pour être, le plus souvent, sans efficacité, n'en dénotent pas moins, chez ceux qui les ont employés, un esprit sagace et ingénieux. Nous voulons parler du pessaire de Gariel que l'on fait déglutir au malade et que l'on retire après l'avoir gonflé d'air ou d'eau; de l'éponge préparée que l'on place au bout d'une ficelle et qui, déglutie par le patient, se gonfle dans l'intérieur de l'œsophage et amène, sous les efforts de traction de l'opérateur, les corps étrangers placés au-dessous d'elle. Nous leur ferons un seul reproche, c'est que leur emploi exigerait un sujet docile, ayant conservé une déglutition relative des corps solides, ce qui est rare dans la pratique.

Nous ne saurions, cependant, passer sous silence un autre moyen qui, en plus de l'avantage d'être inoffensif, pourra, parfois, nous donner d'excellents résultats, si nous savons nous en servir avec à propos. C'est M. Félizet qui nous l'indique dans son « Traité des Maladies de l'Enfance ». Voici, en peu de mots en quoi il consiste. On passe derrière le corps étranger, avec prudence et sans forcer, une sonde à béquille; par sa lumière, on injecte dans l'estomac

une petite quantité d'eau bouillie ou boriquée (certains auteurs y ont adjoînt le sirop d'ipéca). Des mouvements légers transmis à la sonde provoquent par action réflexe, le vomissement, tandis que l'instrument, avec son bec, accroche le corps étranger. Celui-ci, sous la double influence des efforts de vomissement et de la traction de l'opérateur, est alors attiré à l'extérieur. Cette méthode aurait donné plusieurs fois d'excellents résultats à son auteur. Dans un cas, notamment, il s'agissait d'un enfant ayant avalé un sou ; celui ci se trouvait à 22 centim. des arcades dentaires supérieures (Séance Soc. Chir. du 23 mai 1894).

Comme conclusions à cet exposé des moyens d'extraction par les voies naturelles des corps étrangers, nous citerons cette phrase de Chauvel : « Quand un corps étranger, volumineux et irrégulier, est fixé dans l'œsophage, les tentatives d'extraction ou de propulsion par les voies naturelles ne sont permises qu'à la condition d'être prudentes, mesurées et peu prolongées. Un autre praticien n'est jamais autorisé à les reprendre et l'œsophagotomie externe doit être immédiatement pratiquée après leur premier échec ».

Nous sommes ainsi amené, après avoir développé tous les desiderata des méthodes dites de douceur, à parler des indications de l'intervention sanglante.

Sans nous attarder à faire l'historique de l'œsophagotomie externe, exposé que l'on trouvera tout au long dans la thèse de Terrier (Paris, 1870), nous voyons que cette intervention fut, au début, proposée

comme un pis-aller, alors que toutes les autres manœuvres avaient échoué. On opérait ainsi des sujets épuisés par un long jeûne ; souvent on attendait que les complications graves résultant des lésions des parois de l'œsophage aient fait leur apparition. Aussi n'est-il pas étonnant que les premiers essais aient été malheureux. La méthode antiseptique n'avait pas encore fait son apparition et ne pouvait faire bénéficier cette intervention des avantages incomparables qu'elle a apportés à la chirurgie actuelle. La radiographie, en assurant le diagnostic, a dissipé les doutes, bien légitimes, du chirurgien sur la présence et le siège du corps étranger.

Le premier enfant opéré le fut, en 1832, par Arnott. Malgré l'insuccès de l'opération ce chirurgien ne désapprouve pas l'intervention. « Le simple fait, dit-il, de son exécution, chez un enfant, sans léser un vaisseau ou un nerf important, démontre que, tout en nécessitant des connaissances anatomiques précises, cette intervention n'est pas si formidable qu'on pourrait le croire ». Elle fut, cependant, difficilement acceptée par les chirurgiens français. Nélaton la considérait comme une des plus graves et des plus difficiles de la chirurgie et contribuait, pour une large part, à son discrédit chez nous, tandis que les auteurs anglais et allemands en publiaient des cas de plus en plus nombreux. Dans son « Traité des corps étrangers », Poulet, parlant de l'œsophagotomie externe dit que « quand son innocuité relative sera devenue manifeste par la publication de

ses résultats, elle entrera définitivement dans la pratique de demain ».

Voilà pourquoi, actuellement, l'œsophagotomie externe, mieux connue, a d'autres indications que l'échec des méthodes ayant pour but d'extraire le corps étranger par les voies naturelles. Parfois elle sera la seule intervention permise d'emblée et à l'exclusion de toute autre manœuvre. Ces indications découlent :

1^o De la nature du corps étranger.

2^o Du temps qui s'est écoulé depuis l'introduction de ce corps.

3^o De l'apparition probable des complications.

Sur la nature du corps étranger les auteurs s'entendent assez bien ; si le corps est volumineux et produit une distension suffisante de l'œsophage pour que la moindre tentative d'introduction d'un instrument expose à la déchirure de ce conduit, la seule intervention possible sera l'œsophagotomie. Ces cas seront d'autant plus fréquents que l'enfant sera moins âgé, si bien que, parfois, les pièces de monnaie, qui sont regardées habituellement comme relevant de l'extraction par les voies naturelles, pourront rentrer dans cette catégorie de faits.

Les corps irréguliers, à bords tranchant ou munis d'aspérités : morceaux de verre, sous ayant été découpés ou martelés (Obs. de M. Nové-Josserand), morceaux d'os, noyaux de fruits, seront une indication formelle pour l'intervention sanglante. Si déjà par eux-mêmes ils n'ont pas occasionné de déchirure de l'œsophage, il serait bien téméraire

d'exposer le malade à un pareil accident par des manœuvres d'extraction.

Une indication plus complexe est celle qui est tirée du temps écoulé depuis la déglutition du corps étranger. M. Nové-Josserand est partisan de l'intervention hâtive, il fait l'œsophagotomie quand le corps est en place depuis plus de trois jours ; d'autres auteurs attendent plus longtemps. Il est difficile, en effet, de fixer une limite mathématique. Il faudrait pouvoir déterminer le temps qui est nécessaire pour que le corps étranger produise des lésions sérieuses dans l'œsophage. Pour cela il faut envisager beaucoup de causes différentes : l'âge du sujet, son état de santé avant l'accident, la nature du corps étranger ; il faut faire une part aussi aux manœuvres auxquelles l'enfant aura été soumis.

Mais, quand les complications auront fait leur apparition, l'indication sera indiscutable. Et, pour cela, il ne faudra pas intervenir seulement quand la région du cou, chaude, tuméfiée, fluctuante, quand les symptômes généraux graves nous feront soupçonner un abcès péri-œsophagien nettement formé, ce serait attendre beaucoup trop longtemps. Pratiquons une palpation méthodique et, avec douceur, interrogeons le malade sur les sensations que lui procure la déglutition des aliments et, si l'enfant souffre localement, ce sera une raison suffisante pour intervenir. C'est ainsi que Frœlich a opéré, au bout de trente heures, un enfant qui avait avalé un noyau de pêche. Les opérés de Maylard et de Schramm avaient leur corps étranger dans l'œsophage depuis deux jours seulement.

Le jeune âge est-il une contre-indication formelle à l'œsophagotomie? Faut-il penser, avec M. Félizet, « qu'elle est impossible chez un enfant de 4 ans, parce que, chez lui, le segment supérieur de l'œsophage ne mesure que 2 centimètres et, surtout, parce que l'ouverture d'un canal aussi exigü ne constitue, au fond d'une brèche, que le premier temps de la poursuite d'un corps arrêté plus bas? » Nous ferons remarquer, en première ligne, que la plupart des corps étrangers siègent dans l'aire de l'ouverture de l'œsophage, c'est-à-dire dans l'espace situé entre la partie inférieure du cartilage cricoïde et la fourchette sternale; que, d'autre part, si on étale la région, en soulevant les épaules du patient et en portant sa tête en arrière et à droite, il y a, de l'angle de la mâchoire à l'articulation sterno-claviculaire, une longueur de 9 cent. 1/2. C'est tout ce qu'il faut au chirurgien (Lemaistre), et de nombreux exemples, d'ailleurs, sont là pour nous montrer que l'œsophagotomie, pour être plus délicate chez l'enfant, n'en est pas moins possible, si elle est bien réglée dans ses divers temps. L'opéré de Schramm avait 11 mois, celui de Lemaistre 5 mois 1/2 et, dans ces deux, cas l'intervention fut couronnée de succès.

Avant de terminer ce chapitre des indications, nous devons signaler les opérations nouvelles qui ont été proposées dans les cas de corps étranger siégeant à la partie moyenne de l'œsophage, dans cette portion de ce conduit comprise entre la crosse aortique au-dessus et la bronche gauche au-dessous. Parfois, bien que l'incision de l'œsophagotomie externe ne

donne pas directement accès sur le corps étranger, on pourra, cependant, aller le rechercher avec une pince que l'on guide sur l'index gauche introduit dans la plaie. Mais, quand le doigt ne peut atteindre le corps étranger, ce mode d'extraction est passible des mêmes reproches que nous avons faits aux pinces et instruments analogues introduits par la bouche. C'est dans ces cas que MM. Potarca, Quenu, Hartmann ont proposé d'aborder l'œsophage par le médiastin postérieur. M. Forgues a eu l'occasion de faire une communication à ce sujet au Congrès de Chirurgie de 1898. Néanmoins jusqu'ici nous n'avons pas des données suffisantes pour porter une appréciation sur cette intervention, du moins quant à ses résultats. Son manuel opératoire est exposé et discuté dans les thèses de Bourienne (Paris, 1898), et Montagnier (Montpellier, 1898).

Aussi les cas où le corps étranger siège vers la partie moyenne de l'œsophage seront très embarrassants. Ils sont rares, heureusement, et sortent, d'ailleurs, un peu de notre sujet où nous avons surtout en vue les indications de l'œsophagotomie externe, dans les cas de pratique courante, à employer comparativement avec les méthodes d'extraction par les voies naturelles.

CHAPITRE IV

Manuel opératoire. Soins consécutifs et suites de l'œsophagotomie externe

Notre diagnostic de la présence et du siège du corps étranger est nettement posé ; si c'est possible nous avons immédiatement, avant de commencer l'intervention, examiné à nouveau notre malade aux rayons X ; d'autre part, une étude minutieuse et méthodique des symptômes nous a imposé l'œsophagotomie externe, voyons, en quelques lignes, quelle doit être notre ligne de conduite pour mener à bien cette opération.

Nous ne nous arrêterons pas à décrire les soins antiseptiques préliminaires de toute intervention chirurgicale. Nous supposerons notre malade bien préparé ; autant que possible il n'aura rien pris depuis la veille, ou, tout au moins, depuis plusieurs heures ; la région aura été bien aseptisée, le champ opératoire limité par des serviettes passées à l'étuve ou bouillies. Le patient est couché sur le dos, les

épaules relevées par un coussin dur ; de cette façon la tête est légèrement renversée en arrière, et on évitera ainsi la pénétration dans la trachée, du sang, des mucosités, des matières rendus par le vomissement, si celui-ci a lieu, et, par suite, les menaces d'asphyxie qui pourraient en résulter. On inclinera également la tête à droite, de cette façon la partie latérale du cou est largement exposée.

Quand tout est prêt l'anesthésie est commencée (1) Nous la croyons indispensable, bien que certains auteurs aient craint de l'employer. Elle donnerait lieu, disent-ils, à une exagération de toutes les sécrétions buccales, pharyngiennes et bronchiques. Celles-ci, ne pouvant être facilement dégluties, par suite de l'obstacle qui siège dans l'œsophage, auraient de la tendance à pénétrer dans la trachée en provoquant de l'asphyxie. Nous lutterons contre cet accident par la position déclive de la tête ; l'aide qui est chargé d'endormir le malade aura, à portée de sa main, de nombreux tampons montés, afin d'éponger soigneusement la cavité bucco-pharyngienne. Nous aurons également, toute préparée, une canule à trachéotomie, en cas d'accident imminent.

Le malade dort et nous arrivons ainsi aux divers temps de l'intervention proprement dite.

1^{er} TEMPS. — *Incision de la peau.* — Nous ne ferons que mentionner l'incision médiane (comme

(1). M. Nové-Josserand emploie l'éther, même chez les enfants, en commençant par le chlorure d'éthyle, de façon à diminuer la période d'excitation.

dans la trachéotomie), incision préconisée par Nelaton et, à sa suite, par Berger. On arrivait ainsi sur l'isthme du corps thyroïde que l'on sectionnait entre deux pincés. On séparait de la trachée le lobe gauche de cet organe et, en éloignant celui-ci à gauche et le conduit laryngo-trachéal à droite, on tombait sur l'œsophage. Cette méthode avait pour but et avantage d'éviter d'avoir à aller chercher et décoller le bord externe du lobe gauche du corps thyroïde au voisinage des vaisseaux du cou.

Ce procédé médian a été abandonné et les auteurs font l'incision de la peau comme pour la ligature de la carotide primitive gauche.

Ainsi le plan superficiel est incisé suivant une ligne qui suit le bord antérieur du muscle sterno-cléido mastoïdien. M. Lemaistre a reporté cette incision à un travers de doigt environ en-dedans du bord de ce muscle, et s'est servi du thermo-cautère. Avec l'index gauche nous marquons le bord supérieur du cartilage thyroïde et nous conduisons le bistouri de ce point jusqu'à un travers de doigt de l'articulation sterno-claviculaire, en suivant le rebord musculaire indiqué. Grâce à l'extension forcée, notre ligne d'incision aura une longueur de 8 à 9 centimètres, ce qui nous donnera un jour suffisant pour aborder les plans profonds (1).

Après avoir attaqué les divers plans de la peau,

(1) D'après Lemaistre la distance du bord supérieur du cartilage thyroïde à l'articulation sterno-claviculaire est de 6 $\frac{1}{2}$ à 8 cent. $\frac{1}{2}$, chez l'enfant, de 3 à 10 ans, la tête étant dans la position ordinaire.

sectionné quelques fibres du peaucier, le bistouri arrive sur l'aponévrose cervicale superficielle qui passe au devant du sterno-mastoïdien, ou plutôt le comprend dans un dédoublement de ses feuilles. Dans la partie supérieure de la région on rencontre la veine jugulaire externe que l'on peut ériger en dehors ou couper entre deux pinces si elle gêne le champ opératoire.

2^e TEMPS. — *Le bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien est reconnu au doigt.* — Avec la sonde cannelée on déchire l'aponévrose un peu en dedans de ce bord, de façon à n'avoir pas à ouvrir la gaine du muscle et à éviter de se perdre au milieu de ses fibres. On place un écarteur en dehors, et on a ainsi sous les yeux le plan cervical moyen. Celui-ci est constitué par l'aponévrose du même nom qui forme une gaine aux muscles de la région, les sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien placés en dedans et le petit muscle omoplato-hyoïdien traversant en sautoir la région. Cette aponévrose est déchirée, ainsi que ce dernier muscle (1), et nous avons ouvert ainsi la loge profonde du cou contenant le paquet vasculo-nerveux, la trachée et l'œsophage,

3^e TEMPS. — *Recherche de l'œsophage.* — Nous recherchons d'abord, avec le doigt, le tubercule de Chassaignac et, à son niveau, les battements de la carotide primitive. Soulevant le bord des muscles

(1) Dans l'observation Sébilleau et Lombard, toute l'opération se déroule au-dessous de l'omoplato-hyoïdien.

sous-hyoïdiens, nous découvrons alors le conduit laryngo-trachéal et le lobe gauche du corps thyroïde. Avec la sonde cannelée nous essayons de dégager ce lobe gauche. Ce temps est assez délicat, car cette portion du corps thyroïde est en contact immédiat avec la carotide primitive, lui formant parfois une véritable gouttière.

Notre région se présente alors à nous de la façon suivante :

En dehors : muscle sterno-mastoïdien recouvrant le paquet vasculo-nerveux.

En dedans muscles sous-hyoïdiens, conduit laryngo-trachéal et corps thyroïde.

En haut, artère thyroïdienne supérieure.

En bas, artère thyroïdienne inférieure.

C'est dans l'aire de ce quadrilatère que nous devons rechercher l'œsophage. Si l'artère thyroïdienne inférieure nous gênait, on pourrait la couper entre deux ligatures, nous rappelant bien que le nerf récurrent passe en arrière de ce vaisseau. Mais ordinairement ce ne sera pas nécessaire.

Nous explorerons bien notre région avec le doigt. Pour faciliter la recherche de l'œsophage, certains auteurs ont recommandé de mettre, au préalable, une sonde rigide dans ce conduit. Nous essayerons de sentir le relief du corps étranger. En tous cas nous ne perdrons pas de vue la trachée qui est le point de repère important, nous rappelant bien qu'entre cet organe et la colonne vertébrale il n'y a que l'œsophage (Lejars).

4^e TEMPS. — *Ouverture de l'œsophage.* — Celui-ci bien mis à nu, nous allons l'ouvrir pour procéder à l'extraction du corps étranger. Mais, avant de prendre le bistouri ou les ciseaux, ayons bien présent à la mémoire que le nerf récurrent, à gauche, chemine sur la partie antérieure de l'œsophage, dans l'angle dièdre que cette paroi forme avec la trachée. Aussi, devons-nous attaquer l'organe aussi latéralement que possible. Nous attirerons un peu au dehors, avec une pince à disséquer, la paroi de l'œsophage et, au bistouri, nous ferons une petite ponction autant que possible au voisinage du corps étranger. Celle-ci devra comprendre la muqueuse de l'œsophage et, à ce propos, nous nous rappellerons bien que cette tunique, comme dans toute portion du tube digestif, étant faiblement adhérente aux tuniques sus-jacentes, a de la tendance à fuir devant le bistouri ; on croit être dans l'intérieur de l'œsophage alors que le doigt chemine dans un interstice factice formé entre la muqueuse et la musculieuse.

La paroi complète étant bien ponctionnée nous agrandissons l'ouverture aux ciseaux afin d'aller à la recherche du corps étranger.

Si celui-ci siège au-dessus de la fourchette sternale, il se présentera, pour ainsi dire de lui-même. Parfois il sera plus profondément engagé et devra être recherché à l'aide du doigt, d'un cathéter introduits dans la plaie. Dans un cas de M. Nové-Josserand un noyau de pêche siégeait à 4 centimètres au-dessous de l'articulation sterno-claviculaire. Dans une observation de Monnier (*Progrès Médical* 1884) on ne put

le retrouver et, à l'autopsie, on vit qu'il siégeait au niveau de la deuxième vertèbre dorsale.

3^e TEMPS. — *Extraction du corps étranger.* — On se servira, pour cela, d'une pince de Kocher qui ira saisir le corps étranger et l'amènera au dehors. Cela sera généralement facile si l'ouverture de l'œsophage est suffisante, si le corps étranger n'est pas trop profondément engagé à travers les parois de l'œsophage. Dans un cas où un enfant avait avalé un hameçon double, pour le retirer Gorski dut couper en son milieu le corps étranger et extraire séparément chaque partie.

Nous avons pris, comme type de notre description, un cas relativement simple. Sachons, cependant, que, parfois nous aurons plus de difficultés.

Il suffit de rappeler que nous pouvons observer des anomalies portant sur les vaisseaux du cou, notamment sur l'origine de la carotide, comme Tillaux dans son « Anatomie topographique », nous en fournit de nombreux exemples. Ainsi, parfois, la carotide gauche peut traverser en diagonale la région, ayant pris naissance à droite, soit dans le tronc brachio céphalique, soit dans la portion ascendante de la crosse aortique. Les sous-clavières pourront même, dans certains cas exceptionnels, se présenter dans le champ opératoire. Mais la prudence avec laquelle on manœuvre le bistouri dans cette région dangereuse du cou, après s'être assuré par la palpation que rien ne bat au-dessous, fera éviter la blessure de ces vaisseaux anormaux ; d'ailleurs, après

la section l'aponévrose cervicale moyenne, nous n'avons besoin, pour dissocier les éléments de notre région, que de la sonde cannelée et celle-ci est toujours inoffensive.

Une autre difficulté, et celle-là plus fréquente, résultera des lésions inflammatoires déterminées par le corps étranger. Parfois nous trouverons des adhérences entre les organes. Dans l'observation de MM. Sebilleau et Lombard, la carotide était adhérente à la paroi externe de l'œsophage. Si la région est envahie par le pus, les rapports seront plus difficiles à reconstituer. Mais il suffit d'être averti de toutes ces éventualités possibles, pour agir avec prudence et terminer heureusement une opération bien commencée.

Nous avons enlevé le corps étranger, il nous reste maintenant à nous occuper des soins consécutifs à l'intervention proprement dite. Ces soins, bien compris, laisseront en toute sécurité la vie du malade et hâteront sa guérison. Nous aurons surtout en vue la manière de traiter la plaie opératoire, et le mode d'alimentation.

Pour ce qui concerne la plaie opératoire, il semblerait, au premier abord, que, depuis la méthode antiseptique, la suture soit indiquée dans la plupart des cas et, en effet, beaucoup d'auteurs l'ont pratiquée et la pratiquent à l'heure actuelle.

Même en nous mettant dans les conditions les plus favorables, il est douteux qu'elle donne un bon résultat. Il faut considérer, en effet, que l'œsophage, après l'intervention, ne restera pas complètement au

repos. Quand bien même on nourrirait le malade avec la sonde ou les lavements alimentaires, il y aura toujours les sécrétions salivaires et buccales qui, dégluties, occasionneront des mouvements de l'œsophage, d'où tiraillements multiples sur les points de suture. Ceux-ci, d'ailleurs, comme le fait remarquer Fischer, arriveront difficilement à affronter avec exactitude les lèvres de la plaie, à cause de l'exiguité et de la profondeur du champ opératoire.

Mais, l'objection principale que nous puissions faire à la suture c'est qu'habituellement les parois de l'œsophage auront été altérées par la présence du corps étranger, qu'elles présenteront, par suite, des lésions inflammatoires pouvant être la cause de phénomènes infectieux et qu'en conséquence il serait imprudent de fermer un foyer dont on ne serait pas bien sûr au point de vue de l'asepsie.

D'ailleurs consultons les observations des œsophagotomies où la suture a été pratiquée et nous serons frappés des résultats médiocres qu'elle a donnés. Il est rare que celle-ci, même bien faite, n'ait pas laissé passer, du moins pendant quelques jours une partie des liquides ingérés. C'est ce qui se produisit chez l'enfant opéré par M. Jaboulay. Les observations de Jalaguier, de Lemaistre, Monnier nous relatent le même accident.

Aussi, vu le peu de résultat de la suture, celle-ci a été à peu près abandonnée par les auteurs. Froelich, Chaput, Schramm, Reboul, Gorski s'en sont abstenus. M. Nové-Josserand la repousse d'une façon à peu près systématique.

On se contente alors de tamponner la plaie à la gaze iodoformée. Celle-ci aura pour effet d'activer la granulation des surfaces en contact avec elle et d'empêcher l'issue au dehors des aliments ou sécrétions. On changera le tampon dès qu'il aura été souillé par les liquides, en le diminuant de volume, à mesure que la cicatrisation amènera la rétraction du trajet fistuleux.

La guérison ne sera pas retardée par cette manière d'agir. L'enfant de Schramm, âgé de 41 mois, prend le sein le même jour; il n'y eut aucune issue d'aliment et la plaie œsophagienne se réunit directement, celui de Gay fut guéri après dix jours. Dans les autres cas, la guérison est complétée après un laps de temps qui varie entre 15 et 21 jours.

On ne saurait, toutefois, proscrire la suture d'une façon absolue. On pourra alors la tenter, mais alors il faudra que la solution de continuité du côté de l'œsophage soit nette, que ses parois soient absolument saines. Ce sont les conclusions de Jacobson, Terrier, Robert Jones, Dr Mackay.

On ne devra jamais réunir complètement la plaie extérieure. On laissera un drain à sa partie déclive et on surveillera attentivement le malade les jours qui suivront l'opération.

L'opération terminée, il faut songer à alimenter le malade, d'autant plus que celui-ci est ordinairement épuisé par un jeûne forcé. Le jour même de l'intervention, afin d'éviter les vomissements qui se produisent presque fatalement après toute anesthé-

sie, on se contentera de calmer la soif du malade. Afin d'éviter l'introduction de beaucoup de liquide dans l'estomac, on peut faire une injection de sérum artificiel, donner un ou plusieurs lavements d'eau à garder ; on peut permettre, cependant, un peu de champagne et quelques morceaux de glace.

Le lendemain on commencera l'alimentation proprement dite. Les auteurs se sont adressés à plusieurs méthodes différentes.

Mentionnons, en premier lieu, les lavements alimentaires, en faisant remarquer que la voie rectale, à elle seule est insuffisante pour permettre un retour rapide des forces du malade. Elle ne doit être considérée que comme un supplément, un adjuvant à la voie buccale. Le petit malade de Keen, qui avait un corps étranger du pharynx, mourut d'épuisement quatre jours après l'opération.

Ainsi, nous devons nourrir notre opéré par la bouche.

Craignant de mettre en contact les aliments avec la plaie opératoire, certains auteurs se sont servis de la sonde œsophagienne. On l'a introduite par la bouche, par le nez, par la plaie, on l'a laissée à demeure ou placée seulement au moment des repas.

Cette manière de faire a plusieurs inconvénients. Elle est désagréable pour l'enfant sur le moment. Pénible à endurer, quand elle est laissée à demeure, la sonde fatiguera le petit malade. Celui-ci pourra essayer de l'enlever (le petit opéré de Monnier l'arracha à plusieurs reprises).

Chez des sujets indociles, cette manœuvre pourra

présenter certaines difficultés. Le malade s'agitiera, il sera difficile de le maintenir et un mouvement un peu trop brusque de la part de l'opérateur, fatigué de cette résistance, pourra blesser la muqueuse déjà friable par elle-même.

D'ailleurs, la sonde ne saurait empêcher tout contact des sécrétions naturelles, des glandes salivaires et autres des cavités buccales et pharyngiennes avec la plaie elle-même. Si nous faisons le cathétérisme seulement au moment des repas, dans leur intervalle ces sécrétions donneront lieu à des mouvements de déglutition nombreux. Si la sonde est laissée à demeure, les liquides accumulés entre elle et les parois de l'œsophage ne pourront que difficilement arriver dans l'estomac et viendront essayer, tout naturellement, de se frayer un chemin au dehors à travers la plaie elle-même.

Aussi la sonde remplit-elle imparfaitement son rôle d'isolement et de mise au repos de l'œsophage. C'est pour cette raison que beaucoup d'opérateurs ont laissé de côté tout cathétérisme. Ils ont eu recours à l'alimentation directe à l'aide d'aliments liquides, lait, bouillon, etc. Il n'est pas besoin que les lèvres de l'œsophage aient été suturées. Un tamponnement serré peut être suffisant à empêcher les aliments de venir souiller le champ opératoire. Schramm obtint, de cette manière, une réunion par première intention. D'ailleurs, ceci n'aurait pas d'inconvénients sérieux, on n'a jamais vu en résulter de phénomènes septiques, le bourgeonnement des surfaces en contact avec les aliments empê-

chant toute infiltration. On en sera quitte en renouvelant un peu plus souvent les pansements, de multiplier les soins de propreté.

Quand la fistule œsophagienne sera complètement fermée, on pourra nourrir le malade avec des aliments semi-liquides et, à la guérison complète on reprendra l'alimentation ordinaire.

Quelles sont les suites et les résultats d'une intervention ainsi menée? Un simple coup d'œil jeté sur les observations va nous renseigner sur ce sujet.

Ordinairement, la plaie opératoire reste un certain temps avant de se fermer. On a bien essayé, par la suture, de diminuer la durée des fistules consécutives. Mais on n'a pu en retirer tout le bénéfice que l'on attendait et, que la réunion ait été faite, ou non, il en résulte toujours une fistule qui persistera plus ou moins longtemps.

Au début, largement ouverte, elle laisserait passer une partie des aliments ingérés, si l'on ne plaçait un tamponnement suffisamment serré. Puis, de jour en jour, elle va en diminuant et, finalement, au bout d'une quinzaine de jours environ, son trajet n'est plus perméable. Quand elle est complètement obturée, les plans superficiels arrivent vite à une cohésion parfaite et, après un intervalle variant de trois à quatre semaines, le malade peut être abandonné à lui-même, complètement guéri.

Quant aux rétrécissements ultérieurs consécutifs à l'œsophagotomie externe, ils n'ont jamais été observés par les auteurs. Et ceci se conçoit facilement, si l'on songe que cette opération ne donne

qu'une cicatrice linéaire, laissant à l'œsophage la facilité de développer les propriétés d'extrême dilatabilité de ses parois sur toute sa circonférence (1). Lemaistre revoit son petit opéré trois ans après l'opération. Il est alors âgé de 3 ans 1/2, avale facilement et sa cicatrice n'adhère pas avec plans profonds.

Powers et Jaboulay, qui ont pu suivre leurs malades, ont constaté le même résultat.

Voilà pourquoi, si le rétrécissement existe anatomiquement parlant, au point de vue physiologique on peut nier son existence, puisque les fonctions de déglutition sont parfaitement conservées.

Quant aux résultats de l'œsophagotomie externe, ils sont bien meilleurs que ne le veulent les auteurs classiques. « L'œsophagotomie externe est une opération qui réussit; bien que la mortalité ait été estimée à 23 0/0, dans beaucoup de cas la mort peut être à peine attribuée à l'opération » (Dr Mackay, *Lancet*, 1899, p. 1516).

Si nous consultons le tableau résumant tous les cas que nous avons pu retrouver d'œsophagotomie pratiquée chez l'enfant, sur 29 cas nous avons 4 morts, ce qui réduit le pourcentage à 14 0/0. Nous voulons bien admettre que quelques cas aient échappé à notre investigation, il n'en est pas moins vrai que nous sommes encore loin du chiffre donné plus haut.

(1) Comme le ferait du caoutchouc réunissant des plaques de métal (Sanquirico), lorsque les aliments déglutis passeront à son niveau.

Ces morts se sont produites à la suite d'accident pulmonaire, chez des sujets déjà affaiblis (cas de Reboul, Nové-Josserand). Dans les cas de Demarquay et de Monnier, à l'autopsie on constata une perforation de l'œsophage ayant donné lieu à des abcès prévertébraux. Dans ces deux dernières observations, l'œsophagotomie n'avait été tentée qu'après l'échec répété des tentatives d'extraction au panier de de Graefe. Dans le cas de Demarquay on les répéta huit jours consécutivement.

Aussi, est-il facile de prévoir que l'œsophagotomie externe donnera des résultats opératoires meilleurs, à mesure que ses indications, bien connues, la feront pratiquer plus tôt sans attendre que l'état général du malade et l'apparition des complications du côté de l'œsophage l'aient laissée comme ultime ressource à tenter pour sauver un enfant affaibli et considéré comme perdu.

Tableau des Œsophagotomies externes pratiquées chez l'enfant

OPÉRATEURS	AGE	NATURE DU CORPS ÉTRANGER	ANTÉCÉDENTS SYMPTOMES	TEMPS ÉCOULÉ entre Accident-Opération	LOCALISATION DU Corps étranger	SUTURE DE LA PLAIE	Résultats	SUITES OPÉRATOIRES
1 Demarquay, 1861, <i>Gaz. Hebd. Méd. et Chir.</i> (Créqny).	3 ans	Pièce de 1 franc.	Enfant souffre localement.	10 jours, tentative d'extrac. pend. 8 jours.	1re pièce du sternum.	On laisse plaie ouverte.	Mort	A l'autopsie on trouve ulcération de la paroi et un abcès prévertébral.
2 Billroth, 1878, <i>Gaz. Hebd. Méd. et Ch.</i>	6 ans	Un bouton.	Enfant avait déjà rétrécissement de l'œsoph.	4 jours.	Au niveau de la fourchette.	Suture de l'œsophage.	Guérison	Pas de sonde.
3 Monnier, 1884, <i>Progrès Médical.</i>	7 ans	Capsule métallique.	Dysphagie et maigreux extrême.	18 mois.	A 15 cent. des arcades dent.	Aucune suture.	M.	Corps étranger pas retrouvé à l'autopsie perfor. d'œsophage.
4 May, 1887, <i>British Med. Journ.</i>	7 ans	Pièce d'argent.	Dyspnée. Dysphagie.	3 ans, 3 mois.	1re pièce du st.	Pas de suture.	G.	On trouve fistule orso-trachéenne.
5 Perrier, 1890, <i>Gaz. des Hôpitaux.</i>	10 ans	Bouton de manchette.	Avait quelques liquidés.	12 jours.	Au dessous du cricoïde.	Suture.	G.	Guérison après trois semaines.
6 Gay, 1892, <i>Boston Med.</i>	3 a. 1/2	Pièce de monnaie.	Vomissements.	8 mois.	5 cent. au-dess. de fourchette.	Plaie laissée ouverte.	G.	Pas de sonde. Fistule guérie après dix jours.
7 Gerster, 1892, <i>New-York Med.</i>	9 ans	Sifflet.		7 jours.	Suture de l'œsophage seul.	Guérison après treize jours.	G.	
8 Gerster, 1892, <i>New-York Med.</i>	2 ans	Un penny.	Essais inutiles d'extraction.	14 jours.	Au niveau de la fourchette.	Suture.	G.	Léger suintement le 3 ^e jour. Guérison après 15 jours.
9 Alexandroff, 1892, <i>Presse Médicale.</i>	2 ans	Bouton.	Douleurs. Dysphagie.	6 jours.	A 13 cent. des arcades dent.	Suture. Plaie ext. laissée ouverte.	G.	Guérison après 19 jours.
10 Jalaguier, 1893, <i>Bull. Soc. Chir.</i>	2 a. 1/2	Morceau de plomb de 22 m. de diam.	Dysphagie.	6 jours.	A 12 cent. des arcades.	Suture.	G.	Lait sort par la plaie les premiers jours.
11 Frœlich, 1894, <i>Arch. prov. Chir.</i>	10 ans	Noyau de pêche.	Douleurs.	30 heures.	A 18 cent. des incisives.	Pas de suture.	G.	Sonde. Guérison après 21 jots.
12 Chaput, 1896, thèse Sautieux.	6 ans	Un sou.	Aucun.	5 jours.	A 15 cent. des incisives.	Aucune suture.	G.	Pas de sonde. Guérison après trois semaines.
13 Moutard, 1896.	3 ans	Un sou.	Dysphagie.	2 jours.	Derrière tête du	Suture.	G.	Suites normales.

	Central für Chir.	Age.	Un bouton.	Urinaire.	2 jours.	Derrière tête du sternum.	G.	Prend le sein le même jour.
15	Von Brackel, 1896, <i>St-Petersb. Med.</i>	13 mois	Un bouton.	Vomissements.	9 jours.	A 12 cent. des incisives.	G.	Fistule fermée le 6 ^e jour. Guérison le 16 ^e jour.
16	Curtis.	4 ans	Bouton avec anguille.	Symptômes ordinaires.	3 semaines.	Entre cricoïde et sternum.	G.	
17	Powers, 1897, <i>Boston Medical.</i>	2 a. 1 2	Route de chemin de fer d'enfant.	Dysphagie.	18 jours.	Derrière tête du sternum.	G.	Enfant vu un an après opération. Pas de rétrécissement.
18	Lemaistre, 1897, <i>In Clin. Infantile.</i>	6 mois	Broche de 3 cent. de long.	Symptômes ordinaires.	14 jours.	Au-dessous du cricoïde.	G.	Fistulette pendant huit jours. Guérison après 13 jours.
19	Monnier, 1898, <i>Acad. Médecine.</i>	5 ans	Pièce de monnaie.	Dysphagie et dyspnée.	1 an.	Entre 1 ^{re} et 2 ^e dorsale.	G.	Sonde à demeure. Lait sort par la plaie le 6 ^e jour.
20	Reboul, 1898, <i>Bull. Soc. Chir.</i>	3 a. 1 2	Pièce de monnaie.	Aucun.	6 jours.	Au niveau de 1 ^{re} dorsale.	M.	Mort par broncho-pneumonie.
21	Gorski, 1898, <i>Dent. Med. Woch.</i>	6 ans	Flaméon double.	Ne peut rien avaler. Douleurs.	8 jours.	Au-dess. du bord inf. du cricoïde.	G.	Fistule guérie après le 9 ^e jour. Guérison complète le 19 ^e jour.
22	Nové-Jossierand, 1899 (inédite).	2 a. 1 2	Pièce de 0.02 c. martelée.	Pas de douleurs. Dysphagie.	8 jours.	Au niveau de la fourchette.	G.	Pas de sonde. Guérison après quinze jours.
23	Nové-Jossierand, 1899 (inédite).	6 a. 1 2	Noyau de pêche.	Mauvais état général.	6 jours.	A 16 cent. des arcades dent.	M.	Mort le lendemain de l'intervention avec T. de 40°3.
24	Nové-Jossierand, 1900 (inédite).	3 ans	Un sou.	Symptômes ordinaires.	6 jours.	Au niveau de la fourchette.	G.	Pas de sonde. Guérison complète après 20 jours.
25	Jaboulay, 1900 (inédite).	4 ans	Un sou.	Dysphagie.	15 jours.	Au niveau de la fourchette.	G.	Fistule pendant 6 jours. Guérison après 15 jours.
26	Georg. King, 1900, <i>Medical Record.</i>	6 ans	Un sifflet.	Dysphagie.	10 jours.	Au niveau de la fourchette.	G.	Pas de renseignements.
27	Nové-Jossierand, 1900 (inédite).	3 ans	Une pièce de 10 centimes.	Dysphagie.	9 jours.	Au niveau de la fourchette.	G.	Pas de sonde. Guérison après 15 jours.
28	Sebilliau-Lombard, <i>Ann. Malad. Or., Lar.</i> (1901).	3 ans	Un sou.	Dysphagie.	25 jours.	1 ^{re} dorsale.	G.	Pas de renseignements.
29	Albertin, 1901 (inédite).	4 ans	Un sou.	Pas de symptômes fonctionnels.	10 jours.	2 ^e dorsale.	G.	Sonde par la plaie. Retirée après 5 jours.

NOTA. — Le tableau synoptique que nous mettons en tête de nos observations résume tous les cas que nous avons pu retrouver d'œsophagotomie externe pratiquée jusqu'à aujourd'hui. MM. Bull et Vacker (*Med. Record New-York* 1897) en ont fourni le plan et il fut continué par M. Sanquirico jusqu'en 1898. Nous avons pris, dans la statistique de ces auteurs, les seuls cas où il s'agissait d'enfants, y ajoutant ceux qui ont paru dans les publications les plus récentes et ceux qui font l'objet de nos observations inédites. On aura ainsi une vue d'ensemble sur le sujet qui nous occupe.

Observations

OBSERVATION I

(Inédite.)

(Due à l'obligeance à M. NOVÉ-JOSSERAND.)

ŒSOPHAGOTOMIE EXTERNE POUR UN NOYAU DANS L'ŒSOPHAGE.

André P... âgé de 6 ans $1/2$. Il a été nourri au biberon et n'a marché qu'à trois ans. Il y a deux ans cet enfant a fait un séjour dans la salle Sainte-Aline. Il a toujours été malingre et chétif.

Il entre à la Charité le 8 juillet 1899. Il y a cinq jours, l'enfant a avalé un noyau de pêche. On ne peut arriver à savoir les accidents qui ont suivi. Depuis lors, il ne peut boire que du lait et en très petite quantité. Aussi est-il très amaigri et dans un état général des plus défectueux.

A l'examen du malade voici ce que l'on observe. L'enfant est morne et silencieux ; il ne répond

qu'imparfaitement aux questions qu'on lui pose. On trouve la région latérale du cou, douloureuse ; il semble également qu'elle soit un peu tuméfiée, surtout à gauche et, de ce côté, la saillie du muscle sterno-cleido mastoïdien est peu apparente, tandis que, de l'autre côté, elle est très visible, à cause de l'état de maigreur de l'enfant.

Avec une bougie exploratrice à boule, on essaie de se rendre compte du siège du corps étranger. La sonde est arrêtée à environ 16 centimètres des arcades dentaires inférieures, d'où l'on conclut que le corps étranger est situé vers la partie moyenne de l'œsophage.

Le 8 juillet au soir la T. est de 38°2. Le 9 juillet au matin la T. est de 39°.

Malgré cet état alarmant on tente l'œsophagotomie externe. On incise les divers plans jusqu'à l'œsophage ; il s'écoule du liquide sanieux qui, sans être franchement purulent, a cependant un aspect douteux. Avec les ciseaux on ouvre l'œsophage et, avec le doigt introduit dans son intérieur, on va à la recherche du corps étranger. Avec une pince on retire une moitié de noyau de pêche à cinq centimètres au-dessous du champ opératoire.

On laisse la plaie complètement ouverte, on la tamponne à la gaze iodoformée. Pansements. Le petit malade prend une syncope à la fin de l'opération.

L'état général est mauvais dans la journée ; le soir la température est à 39°4. L'enfant meurt le lendemain matin avec 40°3 de température.

OBSERVATION II

(Inédite.)

(Due à l'obligeance de M. NOVÉ-JOSSERAND).

Joseph C. . . , âgé de 2 ans 1/2, le 23 octobre 1899, avala une pièce de 0 fr. 02 centimes qui avait été martelée et présentait, par suite, de nombreuses aspérités.

L'enfant n'éprouva aucune douleur, n'eut pas de phénomènes d'asphyxie. Il n'eut que des troubles de la déglutition consistant en ce fait que les aliments solides ne pouvaient passer. Depuis le jour de l'accident, il n'a pu avaler que des liquides, aussi l'enfant paraît-il un peu amaigri et anémié.

Le 30 octobre, c'est-à-dire huit jours après, l'enfant est amené à la Charité. Les parents, interrogés, disent que l'on n'a tenté aucune manœuvre d'extraction ni de refoulement. On constate, à l'examen, que l'enfant ne souffre pas même localement. Pour se rendre compte du siège du corps étranger, on introduit une sonde à boule ; celle-ci est arrêtée à environ 12 centimètres des arcades dentaires supérieures. D'ailleurs, l'enfant est envoyé à la radiographie et celle-ci montre que la pièce est au niveau de la fourchette sternale.

Le 31 on essaye de l'extraire au panier de de Graefe ; on éprouve de la résistance, aussi ne pousse-t-on pas plus loin les manœuvres et on pratique immédiate-

ment l'œsophagotomie externe. Le corps étranger est retiré. On laisse la plaie ouverte, tamponnée à la gaze iodoformée. Le soir, la température est de 38°2.

Le 1^{er} novembre, on alimente l'enfant avec du lait ; celui-ci est avalé très facilement et sans gêne aucune.

Le 3, légère agitation. L'enfant avale moins bien, a 38°4 ; les liquides ingérés ont souillé le pansement. Celui-ci est enlevé et on ne constate aucune trace d'infection.

Le 4 l'agitation a diminué. L'enfant boit mieux. La température a diminué.

Les jours suivants l'amélioration continue. On fait des pansements tous les trois ou quatre jours. Chaque fois on constate que la plaie est franchement bourgeonnante ; on cautérise cependant au nitrate deux ou trois points qui paraissent suspects.

Le 15 novembre l'enfant est complètement guéri. Il ne souffre plus, a repris un aspect général meilleur. La déglutition se fait bien et l'enfant est renvoyé chez ses parents.

OBSERVATION III

(Inédite.)

(Due à l'obligeance de M. NOVÉ-JOSSERAND.)

Louis C. . . . , âgé de 3 l 2, avait avalé le 9 février, une pièce de 5 centimes. On l'amène à l'hôpital quatre jours après. Avant son entrée il ne subit aucun traitement ayant pour but de lui faire rendre le sou. Depuis l'accident il n'a pris, pour s'alimenter,

que quelques gouttes de liquide, mais avec beaucoup de peine.

A son entrée, le 13 février, il ne présente pas de signes fonctionnels bien accusés. Toutefois l'ingestion des solides est impossible. Les aliments sont acceptés par l'enfant, mais sont immédiatement rejetés. Les liquides passent à peu près normalement.

L'examen radioscopique, pratiqué immédiatement montre que le sou siège au niveau de la fourchette.

Le 15 février, après anesthésie, on fait l'œsophagotomie externe, suivant le procédé habituel. L'intervention ne présente aucune particularité et le sou est enlevé. On laisse la plaie ouverte, sans faire aucune suture ; on se contente d'y placer un tampon à la gaze iodoformée. On ne place aucune sonde, ni à demeure, ni d'une façon extemporanée, au moment de l'alimentation du malade.

Le 19 février il persiste une fistule par où s'écoule une partie du lait ingéré, environ le tiers. Pas de température.

Les jours suivants la fistule se rétrécit de plus en plus et, le 10 mars, elle est complètement fermée. On soumet alors le petit malade à l'alimentation ordinaire, en lui faisant prendre des aliments semi-liquides, des bouillies, des potages. La déglutition se fait normalement ; le 12 mars, après cicatrisation complète de la plaie opératoire, le petit malade sort de l'hôpital.

OBSERVATION IV

(Inédite).

(Du à l'obligeance de MM. JABOULAY et SARGON).

ŒSOPHAGOTOMIE EXTERNE POUR UNE PIÈCE DE UN SOU ENCLAVÉE DEPUIS 15 JOURS DANS L'ŒSOPHAGE.

Maurice S..., âgé de 4 ans, étant à la campagne, avale, le 10 août 1900, en s'amusant, une pièce de 0 fr. 05. La bonne, prévenue par les cris de l'enfant, essaie vainement de l'arracher et le sou pénètre dans l'œsophage.

Deux médecins des environs examinent l'enfant quelques heures après et concluent que le sou a dû pénétrer dans l'estomac; ils ne voient aucun danger et ordonnent des bouillies, purées, etc.

Pendant 15 jours, rien ne paraît dans les selles, qui sont normales. L'enfant se nourrit, mais assez difficilement, de lait, bouillies, crèmes, aliments liquides. Il se plaint quelquefois de douleurs légères à l'estomac et à la gorge; celle-ci, d'abord assez rouge, redevient normale; il s'amuse moins que d'habitude; on remarque qu'il maigrit rapidement.

Après ce laps de temps les parents, inquiets, amènent le bébé à Lyon pour le faire radiographier chez le Dr Destot. Avant la radiographie il est encore examiné complètement; on ne constate rien d'anormal et on pense que le sou est dans l'estomac, l'enfant avalant assez bien sa nourriture et rien ne pou-

vant faire supposer que le sou soit resté plaqué dans l'œsophage. Pas de fièvre, mais, à cette date, l'estomac est très dilaté, beaucoup de gaz, rougeur plus vive à l'arrière-gorge, ventre ballonné.

La radiographie est faite par M. le Dr Destot et indique très nettement que le sou est resté dans l'œsophage, plaqué, comme une médaille, à la hauteur de la fourchette sternale.

M. Jaboulay, le 23 août, au matin, tente l'extraction, dans son service à l'Hôtel-Dieu. L'état du bébé est bon : il est gai, pas de fièvre. On l'endort et on tente d'enlever le sou avec des pinces (le panier de de Graefe n'est pas essayé). Après l'avoir touché à plusieurs reprises, M. Jaboulay croit toute nouvelle tentative inutile et dangereuse. Aussi y renonce-t-il pour l'intervention sanglante.

L'enfant est de nouveau radiographié dans la soirée. L'épreuve indique que le sou est resté exactement à la même place.

Le lendemain matin, M. Jaboulay, aidé des docteurs Destot, Sargnon, Givre et Thévenot pratique l'œsophagotomie externe. L'état de l'enfant, avant l'opération, est assez bon : il n'a pas de température.

L'opération est faite très rapidement et le sou enlevé. L'œsophage est réuni par une suture, ainsi que la plaie extérieure, on place un drain dans la partie déclive. Pansement.

M. Jaboulay décide que l'enfant sera nourri directement par l'œsophage, sans sonde aucune. L'enfant est tranquille, ne tousse pas, la température nè dépasse pas 38°. Les premières cuillerées de liquide in-

diquent que la plaie est bien fermée par la suture.

Le lendemain, 27 août, l'enfant ayant beaucoup bougé, les joints de suture ont quelques peu lâché ; l'enfant absorbe difficilement la nourriture qui mouille le pansement.

Malgré tout, on continue l'alimentation directe en changeant fréquemment les pansements. La plaie extérieure a bonne apparence ; pas de fièvre, pas de toux.

Cette situation se maintient les 28, 29, 30 août. L'état général est satisfaisant. Le 31 août la plaie semble s'être entr'ouvert davantage, la nourriture se perd de plus en plus, presque en totalité ; aussi a-t-on l'intention de mettre, le lendemain, une sonde au petit malade qu'il est très difficile de tenir en place.

Le 1^{er} septembre, au matin, M. le Dr Thévenot, constate, avec quelque surprise, que, pendant la nuit, un bourgeonnement heureux de la plaie œsophagienne en a complètement fermé l'ouverture et que les aliments ne sortent plus. Cette situation heureuse se maintient et, le 2 septembre l'alimentation se fait normalement.

Le 6 septembre, soit onze jours seulement après l'intervention, le bébé peut être emmené à la campagne en convalescence. Quatre jours après, il est complètement guéri et s'amuse comme auparavant.

Le 5 mai 1901, soit sept mois après, l'enfant ne ressent aucune douleur au niveau de la plaie et n'a aucune dysphagie pour aucun aliment. La plaie extérieure, qui a environ 10 centimètres, est à peine visible.

En un mot, quatorze ou quinze jours après l'intervention, l'enfant est complètement guéri.

OBSERVATION V.

(Inédite.)

(Due à l'obligeance de M. NOVÉ-JOSSERAND)

Joannès B..., âgé de 3 ans, avala le 4 mars 1901, une pièce de 10 cent., qu'il avait portée à sa bouche. Les parents furent avertis immédiatement par les cris de l'enfant ; ils essayèrent vainement de retirer avec le doigt la pièce de monnaie, mais celle-ci était déjà dans l'œsophage.

Depuis ce moment l'enfant ne pût avaler aucun aliment solide. Il les prenait avec avidité quand on les lui présentait, mais ils étaient rendus immédiatement après leur ingestion. Les liquides, par contre, étaient normalement absorbés, sauf les deux premiers jours où il vomit même le lait qu'on lui fit prendre.

On amène l'enfant à la Charité, le 8 mars. L'enfant paraît soucieux, renfermé en lui-même. Il reste isolé, sans prendre part aux jeux des enfants qui sont avec lui.

A l'examen direct on ne constate rien, ni à l'inspection, ni à la palpation. Celle-ci n'est pas douloureuse. On le fait manger et on constate que, même après une mastication lente et prolongée, les

aliments sont rejetés. Les liquides passent normalement.

L'enfant est envoyé à la radiographie dans la soirée. Celle-ci montre le sou arrêté au niveau de la fourchette sternale, placé transversalement dans l'œsophage.

Le lendemain, 13 mars, l'œsophagotomie externe est pratiquée. Depuis la radiographie prise la veille, l'enfant n'a été soumis à aucun essai d'alimentation solide, ni à aucune exploration instrumentale.

L'intervention ne présente rien de particulier : le sou est retiré. On ne suture ni l'œsophage, ni les plans superficiels. La plaie est laissée béante, tamponnée seulement à la gaze iodoformée. Pansement. Le jour de l'opération, on ne donne qu'un peu de liquide pour calmer la soif du petit malade. Le soir la température est à 38° 5.

Le lendemain, 14, on commence à faire prendre un peu de lait à l'enfant, directement par la bouche, sans sonde. Le lait est parfaitement dégluti. Le soir, pas de température.

Les jours suivants on continue l'alimentation liquide directe ; on change les pansements tous les trois ou quatre jours et on constate, chaque fois, que la fistule tend à se rétrécir.

Le 28 mars, la fistule est complètement fermée. On cautérise au crayon quelques bourgeons charnus superficiels.

Le 1^{er} mai, l'enfant est renvoyé chez lui, complètement guéri. L'alimentation est normale et sans douleur.

OBSERVATION VI

/

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. ALBERTIN.)

Marius G..., âgé de 4 ans, entre à l'Antiquaille. On n'a pas de renseignements sur l'enfant. On sait seulement qu'il y a huit jours il a avalé un sou.

A son entrée, pas de signes fonctionnels. Pas de dysphagie ; il mange comme tous les autres petits malades du service.

Pas de dyspnée, il respire normalement et n'a pas d'accès de suffocation.

A l'inspection, à la palpation, la région du cou ne présente rien d'anormal. L'enfant ne souffre pas localement.

La radiographie montre la pièce de monnaie au niveau de la fourchette sternale. Son extrémité inférieure descend un peu au-dessous d'une ligne passant par l'articulation sternale de la première côte.

Le 11 juin 1901, rien de nouveau. Toujours pas de signes fonctionnels. Néanmoins, en raison du laps de temps écoulé depuis la déglutition du sou, l'œsophagotomie externe est décidée.

L'enfant est anesthésié au chloroforme. M. Albertin fait une incision allant du bord supérieur du cartilage thyroïde à l'articulation sterno-claviculaire, en suivant le bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien.

On est obligé d'interrompre l'intervention, car on

remarque que, tout-à-coup, l'enfant a cessé de respirer. Les joues et les oreilles sont normales et non violacées. Le cœur et le poulx battent. Tout mouvement respiratoire est aboli. Au bout de deux minutes de respiration artificielle, celle-ci redevient normale.

On incise alors l'aponévrose cervicale superficielle. L'exploration de l'œsophage est gênée par le corps thyroïde. On ne perçoit pas, au doigt, la pièce de monnaie. Une sonde œsophagienne est passée dans l'œsophage, sans rencontrer d'obstacle ; on la sent à travers les parois de l'œsophage, mais la pièce de monnaie n'est pas perçue.

Craignant que les troubles syncopaux aient été causés par le déplacement du sou, M. Albertin croit prudent, avant d'ouvrir l'œsophage, de faire procéder à une autre radiographie.

Suture de la plaie. Pansement.

13 juin. — Nouvelle épreuve radiographique ; le sou s'est légèrement déplacé en bas ; sa partie inférieure est au niveau d'une ligne passant par l'articulation sternale de la deuxième côte,

L'intervention est reprise à nouveau. On fait sauter les points de suture, on récline la trachée à droite, et l'œsophage reste appliqué sur la partie antérieure de la colonne vertébrale.

Avant d'ouvrir l'œsophage, on ne perçoit aucun corps étranger. On introduit une sonde dans l'œsophage et, sur ce conducteur, on incise latéralement les parois de l'œsophage. Par la plaie, on introduit un stylet, avec lequel on a la sensation du corps

étranger; on introduit alors une pince et le sou est retiré.

Une sonde à demeure est placée à travers la plaie et poussée jusque dans l'estomac pour alimenter le malade. Pansement.

Le 18 juin. — L'enfant va bien, son état général s'est amélioré. Il n'a pas eu de fièvre. On défait le pansement, les surfaces de la plaie ont bonne apparence et on retire la sonde. On panse à plat, sans passer de nouvelle sonde.

Le 23 juin. — La fistule est complètement fermée, et la plaie extérieure est en bonne voie de cicatrisation.

CONCLUSIONS

I. — Les particularités des corps étrangers de l'œsophage, chez l'enfant, résultent surtout de la nature des corps ingérés qui sont souvent des pièces de monnaie, et des difficultés qui se montrent pour le diagnostic et le traitement, par suite de l'indocilité du malade.

II. — La radiographie doit être préférée à l'examen direct, toutes les fois qu'elle est possible, car elle résout toutes les questions du diagnostic plus sûrement que l'exploration, sans en avoir les dangers.

III. — L'usage du panier de de Graefe et des pinces peut être conseillé dans les cas récents, mais il faut être prévenu qu'il peut avoir des inconvénients et même des dangers. Il faut s'en servir avec beaucoup de prudence, avec le secours de l'anesthésie. La radioscopie faite au moment même des manœuvres serait un guide précieux pour les diriger.

IV. — L'œsophagotomie externe, chez l'enfant, est une opération beaucoup plus facile et plus bénigne

qu'on ne pourrait le croire *a priori*. Elle doit être préférée à l'extraction par les voies naturelles, toutes les fois que la nature ou la conformation du corps étranger, la possibilité de lésions œsophagiennes résultant de son séjour un peu prolongé (au-delà de 3 ou 4 jours) ne permettent pas de considérer la simple extraction comme devant être sans danger.

V. — La suture de l'œsophage ne paraît présenter aucun avantage sérieux. On peut, après l'opération, alimenter les malades directement par la bouche sans se servir de la sonde œsophagienne.

VU :

Le président de la thèse,

POLLOSSON.

VU :

Le doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

*Le recteur, président du Conseil
de l'Université,*

G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- ALEXANDROFF. — *Presse Médicale*, 1892.
- ARAGON. — Application de la radiographie à un corps étranger de l'œsophage chez un enfant (*Journ. Clin. et Thérap. infantile*, 1896).
- BERTHELOT. — Corps étranger des voies digestives dans la première enfance (*Journ. Clin. et Thérap. infantiles*, 1891, p. 617).
- BRIAIS. — Thèse Paris, 1898.
- BROCA. — *Bull. Soc. chirurgie Paris*, 2 déc. 1896.
- CRÉQUY. — *Gaz. hebd. Méd. et Chir.* 1861, p. 701.
- FÉLIZET et E. BRANCA. — Traité des maladies de l'enfance, tome II, art. : *Corps étrangers de l'œsophage*.
- FÉLIZET. — *Bull. Soc. Chirurgie*, 1893, p. 263, 1894, p. 448.
- GERSTER. — *New-York Med. Journ.*, 6 fév. 1892.
- GANGOLPHE. — Précis de chirurgie d'urgence (*Lyon Médical*, 1895).
- GORSKI. — *Centralblatt für chirurgie*, 1900.
- GLADSTONE. — *Lancet*, 1898, p. 1267.
- GAILLARD. — Thèse Lyon, 1894.
- JALAGUIER. — *Bull. Soc. Chirurgie*, 1893, p. 317.
- ROBERT JONES. — *Lancet*, 1899, p. 1227.
- LEJARS. — Traité de Chirurgie d'urgence.
- LEMAISTRE. — *Journ. de Clin. et Thérap. infantiles* 1897, p. 441.
- LESBINI. — Thèse Paris, 1873.

- LANNELONGUE. — *Bull. Soc. Chirurgie* 1880.
MAY. — *British. Med. Journ.*, 1887.
MACKAY. — *Lancet*, 1899, p. 1516.
MONNIER. — *Revue mensuelle des Maladies de l'Enfance*,
1883. — *Bulletin Académie de Médecine*, 1898.
MAGE. — Thèse Paris, 1896.
MOUTON. — Thèse Paris, 1887.
NOVÉ-JOSSERAND. — *Soc. Chirurgie de Lyon* (séance du
10 mai 1900).
PÉRIER. — *Gaz. des Hôpitaux*, 1890, p. 471.
PIÉCHAUD. — Précis de Chirurgie infantile.
REBOUL. — *Bull. Soc. Chirurgie Paris*, 1898.
SCHRAMM. — *Wiener Med. Woch.*, 7 déc. 1895.
SAUTIEUX. — Thèse Paris, 1895.
SANQUIRICO. — Thèse Paris, 1899.
DE SAINT-GERMAIN. — Chirurgie des Enfants.
TILLAUX. — Traité d'Anatomie topographique.
FRÉDÉRIC TRÈVES. — Traité d'Anatomie appliquée à la
Chirurgie.
TERRIER. — Thèse Paris, 1870.
VARIOT et RÉMY. — *Jn. Clin. et Thérap. infantiles*, 1891,
p. 429-769.
WILLY PICKENBACH. — Thèse Berlin, 1898.

